

Т. В. Морозов, В. А. Ромасенко

НЕРВНЫЕ
И
ПСИХИЧЕСКИЕ
БОЛЕЗНИ

Г.
ПЕРВЫЙ

ИЗДАНИЕ

И

Г. В. МОРОЗОВ, В. А. РОМАСЕНКО

НЕРВНЫЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Издание третье, исправленное

*Отделом медицинских
учебных заведений и кадров
Министерства здравоохранения СССР
допущен в качестве учебника
для учащихся медицинских училищ*



ИЗДАТЕЛЬСТВО «МЕДИЦИНА»
Москва — 1966

ОТ АВТОРОВ

Данная книга представляет собой учебное пособие для учащихся средних медицинских учебных заведений.

Учебник составлен согласно имеющейся программе по курсу «Нервно-психические болезни», утвержденной Министерством здравоохранения СССР.

Целью данного пособия является ознакомление учащихся с основными формами нервных и психических заболеваний, с которыми может встретиться фельдшер или медицинская сестра, работающие по любой другой медицинской специальности.

Так как учащиеся знакомятся с анатомией нервной системы на младших курсах, то этот раздел в учебнике изложен очень кратко.

Значительно большее внимание уделено вопросам нормальной и патологической физиологии.

Мы сочли целесообразным говорить о лечении при рассмотрении конкретной формы заболевания.

Вопросы ухода за больными, так как они имеют ряд особенностей, выделены в специальную главу.

СОДЕРЖАНИЕ

От авторов	2
Предисловие к первому изданию	3
Введение	5
Краткие сведения по истории отечественной невропатологии и психиатрии	7

НЕВРОПАТОЛОГИЯ

Общая часть	12
Основы анатомии нервной системы	12
Основы физиологии и патофизиологии нервной системы	26
Спинной мозг	26
Головной мозг	28
Анализаторы	32
Кожный анализатор	32
Слуховой анализатор	33
Зрительный анализатор	33
Обонятельный анализатор	33
Вкусовой анализатор	34
Двигательный анализатор	34
Краткие сведения о вегетативной нервной системе	40
Нервные болезни	44
Классификация нервных болезней	44
Болезни периферической нервной системы	45
Невралгии	45
Невралгия седалищного нерва, или ишиас	46
Невралгия тройничного нерва	43
Невралгия затылочного нерва	49
Межреберная невралгия	50
Невриты	50
Неврит лицевого нерва	51
Неврит лучевого нерва	52
Неврит локтевого нерва	53
Неврит срединного нерва	54

Неврит седалищного нерва	51
Полиневрит	55
Инфекционный полиневрит	56
Дифтерийный полиневрит	56
Алкогольный полиневрит	57
Болезни спинного и головного мозга	58
Острый полиомиелит	58
Воспаление спинного мозга	61
Сухотка спинного мозга	62
Рассеянный, или множественный, склероз	64
Сирингомиелия	65
Боковой амиотрофический склероз	68
Прогрессирующая мышечная дистрофия	69
Нарушения мозгового кровообращения	70
Энцефалит	74
Эпидемический энцефалит	75
Клещевой энцефалит	77
Вторичный энцефалит	79
Инфекционная хорея, малая хорея	80
Менингит	81
Эпидемический цереброспинальный менингит	83
Туберкулезный менингит	85
Гнойный менингит	87
Острый серозный менингит	87
Сифилитический менингит	88
Опухоли головного мозга	88
Абсцесс головного мозга	90
Паразиты головного мозга	91
Травмы головного мозга	91
Сотрясение мозга	92
Ушиб мозга	93
Воздушная контузия	93
Заболевания вегетативной нервной системы	95
Мигрень	95
Ограниченный отек (отек Квинке)	96

ПСИХИАТРИЯ

Общая часть	97
Общая характеристика психических процессов и их физиологическая основа	97
Симптомы психических болезней	102
Расстройство восприятий	102
Иллюзии	102
Галлюцинации	103
Расстройства памяти	106
Расстройства мышления	108
Навязчивые состояния	109

Бред	110
Слабоумие	113
Расстройства эмоций	114
Расстройства волевой деятельности	117
Основные синдромы психических болезней	119
Синдромы расстройства сознания	119
Состояние оглушения	119
Делириозное состояние	120
Аментивное состояние	120
Коматозное состояние	121
Сумеречное состояние	121
Синдромы двигательных нарушений	121
Ступорозные состояния	121
Состояния двигательного возбуждения	123
Синдромы эмоциональных нарушений	124
Маниакальный синдром	124
Депрессивный синдром	124
Тревожно-депрессивный синдром	124
Судорожные синдромы	125
Эпилептический и эпилептиформный припадок	125
Истерический припадок	125
Корсаковский (амнестический) синдром	126
Галлюцинаторно-параноидный синдром	126
Синдром слабоумия	126
Невротические синдромы	127
Неврастенический синдром	127
Ипохондрический синдром	127
Истерический синдром	128
Психические болезни	129
Классификация психических болезней	129
Психические нарушения при болезнях внутренних органов, острых инфекционных заболеваниях и интоксикациях	130
Психические нарушения при болезнях внутренних органов и инфекционных заболеваниях	130
Психические нарушения при острых или хронических интоксикациях	133
Психические нарушения при отравлении алкоголем	133
Морфинизм	140
Психические нарушения при отравлении промышленными ядами	142
Психозы на почве сифилиса нервной системы	143
Сифилис мозга	143
Прогрессивный паралич	146
Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга и гипертонической болезни	152
Атеросклероз сосудов головного мозга	152
Гипертоническая болезнь	155
Психозы в связи с возрастными изменениями организма (инволюционные психозы)	156

Пресенильные (предстарческие) психозы	156
Сенильные (старческие) психозы	158
Эпилепсия	160
Шизофрения	170
Маниакально-депрессивный психоз	185
Неврозы	192
Неврастения	193
Истерия	194
Психастения	198
Невроз навязчивых состояний	199
Реактивные психозы	200
Реактивный ступор	200
Реактивная депрессия	201
Реактивный параноид	201
Иатрогении	202
Некоторые принципы психотерапии	202
Олигофрения	203
Психопатии	207
Основные вопросы организации психоневрологической помощи в СССР	210
Психогигиена и психопрофилактика	216
Особенности ухода за психически больными	217
Словарь терминов, наиболее употребляемых в невропатологии и психиатрии	229

ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ

Ознакомление учащихся средних медицинских учебных заведений с психиатрией и невропатологией является не только частью обязательной программы, но и делом весьма важным по существу.

В наше время не приходится доказывать, что нервная система играет очень важную роль при каждом заболевании и тот, кто не знает невропатологии и психиатрии, не может правильно понять ход болезни в целом. Вместе с тем необходимо признать, что обучение невропатологии и психиатрии будущих фельдшеров и медицинских сестер представляет чрезвычайно нелегкую задачу. Это обусловлено трудностью самого предмета и малым количеством времени, отводимым на его изучение. Поэтому нужно приветствовать появление настоящей книги, написанной Г. В. Морозовым и В. А. Ромасенко.

Настоящее руководство удачно сочетает ясность изложения с достаточной полнотой. В книге последовательно проводятся основные принципиальные положения советской психиатрии и невропатологии.

Авторы поступили весьма целесообразно, включив в учебник изложение основ нормальной и патологической анатомии и физиологии. Эти основы, преподаваемые на первых курсах, иногда недостаточно сохраняются в памяти учащихся к тому времени, когда они приступают к изучению невропатологии и психиатрии.

Учитывая практические требования, которые будут предъявляться к оканчивающим средние учебные медицинские заведения, вопросы ухода за больными выделены в специальную главу.

Несмотря на то что в отечественной литературе существует ряд хороших учебников по невропатологии и психиатрии для учащихся средних учебных заведений, нужно считать, что появление еще одного руководства является вполне оправданным и оно займет заслуженное место среди других, уже рекомендовавших себя пособий.

Действительный член Академии медицинских наук СССР проф. Е. А. ПОПОВ

Невропат
весьма близк
всего объясн
и другой явл

Невропато
таких пораже
рушением дв
ции органов ч
ских меропри

Психиатри
лечение души
тельной деяте
ми словами, п
психической д

Весьма сущ
атра является
интоксикация,
ществ и т. п.).

Знание осн
для среднего м
так как своевр
ной системы им
тическом и леч
личных медиц
нарушениями в
ниями) могут
Известно, напр
ми заболевания
внутренних орг
то более, то ме
ства. Ряд таких
ные психоневро
ми должны быт
Федеральн

ВВЕДЕНИЕ

Невропатология и психиатрия — две смежные дисциплины, весьма близко соприкасающиеся между собой. Это прежде всего объясняется тем, что главным объектом изучения и той и другой является нервная система.

Невропатология занимается изучением преимущественно таких поражений нервной системы, которые выражаются нарушением движений, чувствительности, расстройством функции органов чувств и разработкой лечебных и профилактических мероприятий при этих нарушениях.

Психиатрия (в переводе с греческого на русский язык — лечение души) занимается изучением расстройств познавательной деятельности человека, его чувств и поведения. Иными словами, психиатрия занимается изучением отклонений в психической деятельности человека.

Весьма существенным для работы невропатолога и психиатра является выяснение характера заболевания (инфекция, интоксикация, сосудистое поражение, нарушение обмена веществ и т. п.).

Знание основ невропатологии и психиатрии необходимо для среднего медицинского работника любой специальности, так как своевременное, раннее распознавание болезней нервной системы имеет чрезвычайно важное значение в профилактическом и лечебном отношении. Кроме того, в практике различных медицинских учреждений у больных с другими нарушениями в организме (не нервно-психическими заболеваниями) могут возникать нервно-психические отклонения. Известно, например, что у больных с острыми инфекционными заболеваниями, гипертонической болезнью, с болезнями внутренних органов (печени, сердца) и др. возникают иногда то более, то менее выраженные нервно-психические расстройства. Ряд таких больных не нуждается в переводе в специальные психоневрологические учреждения; лечение и уход за ними должны быть организованы на месте.

Фельдшер или медицинская сестра обязаны оказать квалифицированную доврачебную помощь при острых проявле-

ниях нервных или психических болезней, например при кровоизлиянии в мозг, при травме головы, при судорожном припадке (особенно при так называемом эпилептическом статусе), уметь организовать уход и надзор за больным с расстроенным сознанием, когда нередко наблюдается двигательное возбуждение больного, опасное для его здоровья или окружающих, и т. д.

Невропатология и психиатрия прошли большой исторический путь. В развитии научной мысли в области невропатологии и психиатрии имеют огромное значение труды великого русского физиолога И. П. Павлова.

Советские невропатологи и психиатры постоянно уделяют большое внимание вопросам профилактики и лечения нервно-психических заболеваний.

Развитие
на клиниче
области изу
ной системы
Фундамент
является ма
Павлова. Ес
выдающихся
материалист
ский, Н. А. Д
Иван М
как его назы
Он впервые
ность психиче
рии. В своей
Семенов писа
человека леж
ной системе.
ность голов
него раздра
прежние в та
в дает мысл
о доказано,
и.се, как рез
Гениальны
Иван Пет
нерви

КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ ПО ИСТОРИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НЕВРОПАТОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

Развитие невропатологии и психиатрии как самостоятельных клинических дисциплин тесно связано с достижениями в области изучения нормальной анатомии и физиологии нервной системы, а также с развитием других отраслей знания. Фундаментом отечественной невропатологии и психиатрии является материалистическое учение И. М. Сеченова и И. П. Павлова. Естественнаучные и философские взгляды этих выдающихся ученых формировались под влиянием русской материалистической философии XIX века (Н. Г. Чернышевский, Н. А. Добролюбов, А. И. Герцен, В. Г. Белинский и др.).

Иван Михайлович Сеченов (1829—1905) является, как его называл И. П. Павлов, «отцом русской физиологии». Он впервые в истории науки сделал попытку объяснить сущность психических явлений с точки зрения рефлекторной теории. В своей книге «Рефлексы головного мозга» (1863) И. М. Сеченов писал, что в основе всех психических проявлений человека лежат рефлекторные процессы в центральной нервной системе. Иными словами, Сеченов показал, что деятельность головного мозга всецело зависит от воздействий на него раздражителей окружающей среды. Таким образом, прежние взгляды о существовании особой «души», которая ведает мыслями, волей и чувствами, были опровергнуты. Было доказано, что сложные психические функции есть не что иное, как результат деятельности головного мозга.

Гениальный продолжатель основных идей И. М. Сеченова Иван Петрович Павлов (1849—1936) создал учение о высшей нервной деятельности, которое является основой современной медицины вообще, невропатологии и психиатрии в частности. Учение Павлова о безусловных и условных рефлексах, о возбуждении и торможении как процессах, лежащих в

основе деятельности коры головного мозга, является материалистической базой изучения деятельности центральной нервной системы в норме и патологии.

Много ценного внесли в науку о мозге и другие ученые, занимающиеся исследованием физиологии нервной системы. К ним относятся Н. Е. Введенский, А. А. Ухтомский, В. Я. Данилевский, И. М. Догель и др.

Невропатология как самостоятельная научная дисциплина начала развиваться в России в 60-е годы XIX столетия. Основоположником отечественной невропатологии является выдающийся ученый клиницист Алексей Яковлевич Кожевников (1836—1902). Впервые в России он организовал в 1869 г. кафедру нервных болезней при медицинском факультете Московского университета, где начал читать курс нервных болезней (до этого преподавание невропатологии велось в клинике внутренних болезней). Своими блестящими клинико-анатомическими работами А. Я. Кожевников снискал мировую известность. Описанная им форма заболевания, основными признаками которой являются своеобразные эпилептиформные припадки, получила название кожевниковской эпилепсии. В то время курс нервных и психических заболеваний преподавался на одной кафедре. В дальнейшем по инициативе и по плану, составленному А. Я. Кожевниковым, в 1887 г. была построена самостоятельная психиатрическая клиника, а вскоре и преподавание курса психиатрии было им поручено одному из своих учеников — С. С. Корсакову. Среди других учеников А. Я. Кожевникова были такие известные клиницисты-невропатологи, как В. К. Рот, Л. О. Даркшевич, Г. И. Россолимо и др.

Многое во второй половине XIX и в начале XX века было сделано и в области изучения анатомии нервной системы (В. А. Бец, В. М. Бехтерев и др.). Так, В. А. Бец (1834—1894) впервые обнаружил гигантские пирамидные клетки в двигательной зоне коры больших полушарий, изучил их топографию и развитие. Он провел большие исследования по макроскопической топографии поверхности полушарий головного мозга. В. А. Бец по праву считается основоположником учения о цитоархитектонике мозга.

Выдающимся невропатологом и психиатром был В. М. Бехтерев (1857—1927), который в результате своей разносторонней деятельности оставил большое научное наследие в области невропатологии и психиатрии, анатомии и физиологии нервной системы.

Многие анатомические образования головного и спинного мозга были описаны им впервые или подвергнуты тщательному исследованию и уточнению. Он впервые изучил и описал некоторые болезни нервной системы, рефлексy и симптомы

при различных нервно-психических заболеваниях. Много научных работ В. М. Бехтерев посвятил разработке методов лечения гипнозом. Будучи крупнейшим организатором, он впервые в России создал Научно-исследовательский психоневрологический институт (ныне Институт имени В. М. Бехтерева в Ленинграде).

Ценный вклад в развитие отечественной невропатологии за годы советской власти внесли ученые-невропатологи: М. И. Аствацатуров, М. Б. Кроль, М. С. Маргулис, В. К. Хорошко, А. М. Гринштейн, Е. К. Сепп, С. Н. Давиденков, Н. И. Гращенков, Н. В. Коновалов, И. Н. Филимонов, Н. К. Боголепов и многие другие.

Истоки истории психиатрии в России относятся ко временам древней Руси. Имеются сведения о том, что в Киевской Руси в X—XI веках при монастырях осуществлялась психиатрическая помощь больным. В то время господствовали религиозные взгляды на происхождение и сущность психических заболеваний. Следует отметить, что уже в этот период отношение к психически больному человеку в России было неизмеримо более гуманным, чем в странах Западной Европы. В то время в Западной Европе применялись жестокие меры обращения с психически больными, так как психическая болезнь рассматривалась как «дьявольская порча». Многих психически больных сжигали на кострах, считая их колдунами и ведьмами, «одержимыми дьяволом». В России же к психически больным относились как к «жертвам божьего наказания» и призревали их в монастырях.

В XVII веке в Московской Руси стал все более утверждаться взгляд, что «помешательство» — болезнь. Первый психиатрический долгауз был открыт в Петербурге в 1779 г. Такое же учреждение, получившее впоследствии название Преображенской психиатрической больницы, было открыто в Москве в 1809 г.

Несмотря на ряд принимаемых мер, положение больных в психиатрических больницах было тяжелым. Широко использовались всевозможные меры стеснения больных: их связывали, надевали на них цепи и смирительные рубашки.

Работы русских врачей первой половины XIX столетия оказали благотворное влияние на развитие научной психиатрии в нашей стране. Доказательством этого являются исследования выдающихся представителей отечественной психиатрии второй половины XIX века И. М. Балинского, И. П. Мерзеевского, В. Х. Кандинского и др.

И. М. Балинский (1827—1902) впервые в России начал научное преподавание курса психиатрии в Петербургской медико-хирургической академии (1857). В 1867 г. при академии была открыта психиатрическая клиника. Балинский мно-

го внимания уделял вопросам организации ухода и лечения душевнобольных.

И. П. Мержеевский (1838—1908), ученик Балинского, развивавший его материалистические идеи, широко известен своими исследованиями патологической анатомии прогрессивного паралича, микроцефалии и других психозов.

Видным клиницистом-психиатром в эту эпоху был В. Х. Кандинский (1849—1889), который известен своими исследованиями галлюцинаций, бреда и ряда других симптомов и синдромов при шизофрении, а также исследованиями в области судебной психиатрии и психопатий.

Научные достижения в области психиатрии в конце XIX века прежде всего связаны с именем С. С. Корсакова.

С. С. Корсаков (1854—1900) — выдающийся отечественный ученый-врач, передовой общественный деятель, один из крупнейших основоположников отечественной психиатрии, основатель московской психиатрической школы, которая славилась гуманным подходом к психически больному.

С именем Корсакова связано введение в России системы нестеснения психически больных. Огромным, принципиально важным достижением явился предложенный Корсаковым постельный режим в психиатрических больницах. Тем самым психически больные по положению приравнивались к обычным соматическим больным, и психиатрические учреждения превращались в больницу, где оказывалась лечебная помощь. С. С. Корсаков ввел в психиатрических больницах сестринский уход.

Основой психической болезни Корсаков считал повреждение мозга, заболевание всего организма. Корсаков впервые в 1899 г. описал заболевание, клинические проявления которого в основном сводятся к полиневриту в сочетании со своеобразными нарушениями памяти. Клиническая картина этого заболевания получила мировое признание и носит название болезни Корсакова. Так не только со всей убедительностью была доказана правильность материалистического понимания сущности психоза, но и открыта новая эпоха в психиатрии. До Корсакова в психиатрии господствовало так называемое симптоматическое направление, когда отдельные симптомы или комплексы симптомов рассматривались как самостоятельные заболевания, например мания, аменция, меланхолия и др. Корсаков же показал, что единственно научно обоснованным является нозологическое (nosos — болезнь) направление, когда выделяется заболевание с определенной причиной, характером течения и исходом. Описанное им заболевание явилось именно такой нозологической единицей.

Таким образом, огромной заслугой основоположников отечественной психиатрии — С. С. Корсакова, И. П. Мержеевско-

го в М. Б. ...
ученого ...
защиты ...
лат. В. П. ...
В. П. О ...
Юдин, Е. К. К ...
Расцвет в ...
филакты ...
сле Великой ...
достижения ...
ской системой ...
ного хозяйства ...
го уровня жизни ...
по охране здо ...
цинской науки ...
нервно-психиче ...
хиатры и невро ...
ние проведение ...
упреждение заб ...
здоровья всех тр ...
цинской помощи ...
здравпункты на ...
лечебно-профил ...
диагностике и э ...
Развитие сов ...
валось борьбой ...
(фрейдизм, псих ...
отечественной пс ...
ский, В. П. Про ...
М. М. Асатиани, ...
О. В. Кербиков, ...
харева, А. Д. Зу ...
ский, А. А. Мегра ...
В советский пе ...
атрии. Большую р ...
твердый естествен ...
успешного изучени

го, В. М. Бехтерева и других ученых было то, что они заложили прочные основы для материалистического, естественнонаучного изучения нервно-психических болезней. Эти идеи в дальнейшем развивали их ученики и последователи: С. А. Суханов, В. П. Сербский, П. Б. Ганнушкин, Н. Н. Баженов, В. П. Осипов, А. Н. Бернштейн, В. А. Гиляровский, Т. И. Юдин, Е. К. Краснушкин.

Расцвет в развитии теории, новых методов лечения и профилактики нервных и психических заболеваний наступил после Великой Октябрьской социалистической революции. Эти достижения находятся в неразрывной связи с социалистической системой нашего государства. Огромные успехи народного хозяйства, неуклонный рост материального и культурного уровня жизни всех трудящихся, общегосударственные меры по охране здоровья населения, достижения советской медицинской науки и практики — все это привело к снижению нервно-психической заболеваемости в СССР. Советские психиатры и невропатологи постоянно уделяют большое внимание проведению мероприятий, которые обеспечивают предупреждение заболеваний и укрепление нервно-психического здоровья всех трудящихся. Максимальное приближение медицинской помощи к населению (диспансеры, амбулатории, здравпункты на заводах и фабриках), строгая профилизация лечебно-профилактических учреждений способствуют ранней диагностике и эффективной помощи больному.

Развитие советской психиатрической науки характеризовалось борьбой с буржуазными идеалистическими взглядами (фрейдизм, психоморфологизм). Много сделали в развитии отечественной психиатрии в советский период В. А. Гиляровский, В. П. Протопопов, В. П. Осипов, М. О. Гуревич, М. М. Асатиани, Е. А. Попов, А. Г. Иванов-Смоленский, О. В. Кербиков, А. В. Снежневский, Т. П. Симсон, Г. Е. Сухарева, А. Д. Зурабашвили, В. Н. Мясищев, И. Ф. Случевский, А. А. Меграбян и др.

В советский период начался новый этап в развитии психиатрии. Большую роль в этом сыграло учение И. П. Павлова — твердый естественнонаучный фундамент для дальнейшего успешного изучения нервно-психических заболеваний.

НЕВРОПАТОЛОГИЯ

ОБЩАЯ ЧАСТЬ

ОСНОВЫ АНАТОМИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Роль нервной системы для жизнедеятельности организма. Все животные организмы, в том числе и человек, постоянно находятся под бесчисленным множеством воздействий окружающей среды. На разнообразные внешние влияния нервная система дает ту или иную ответную реакцию. Такой реакцией, например, является отдергивание руки при соприкосновении с горячим предметом, мигание или зажмуривание глаз при попадании инородного тела или при взгляде на очень яркий источник света, выделение слюны при попадании пищи в рот и т. п.

Без постоянного и тесного взаимодействия с окружающим миром невозможна жизнь человеческого организма. Приспособление же к этим внешним влияниям, непрерывное тонкое уравнивание организма с окружающей действительностью осуществляется нервной системой.

И. П. Павлов по этому поводу писал, что нервная система — «невыразимо сложнейший и тончайший инструмент сношений, связи многочисленных частей организма между собой и организма, как сложнейшей системы с бесконечным числом внешних влияний»¹.

Связь человека с окружающим его миром осуществляется посредством органов чувств (слуха, зрения и т. д.). Раздражения, падающие на нервные окончания (рецепторы) органов чувств, передаются по периферическим нервам в центральную нервную систему. Так осуществляется сигнализация о происходящем в окружающей среде. Например, ощутив запах испорченной пищи, человек отстраняет ее. Кроме того, в центральную нервную систему постоянно направляются импульсы

¹ И. П. Павлов. Полное собрание сочинений. Т. III, кн. 2, 1951, стр. 323.

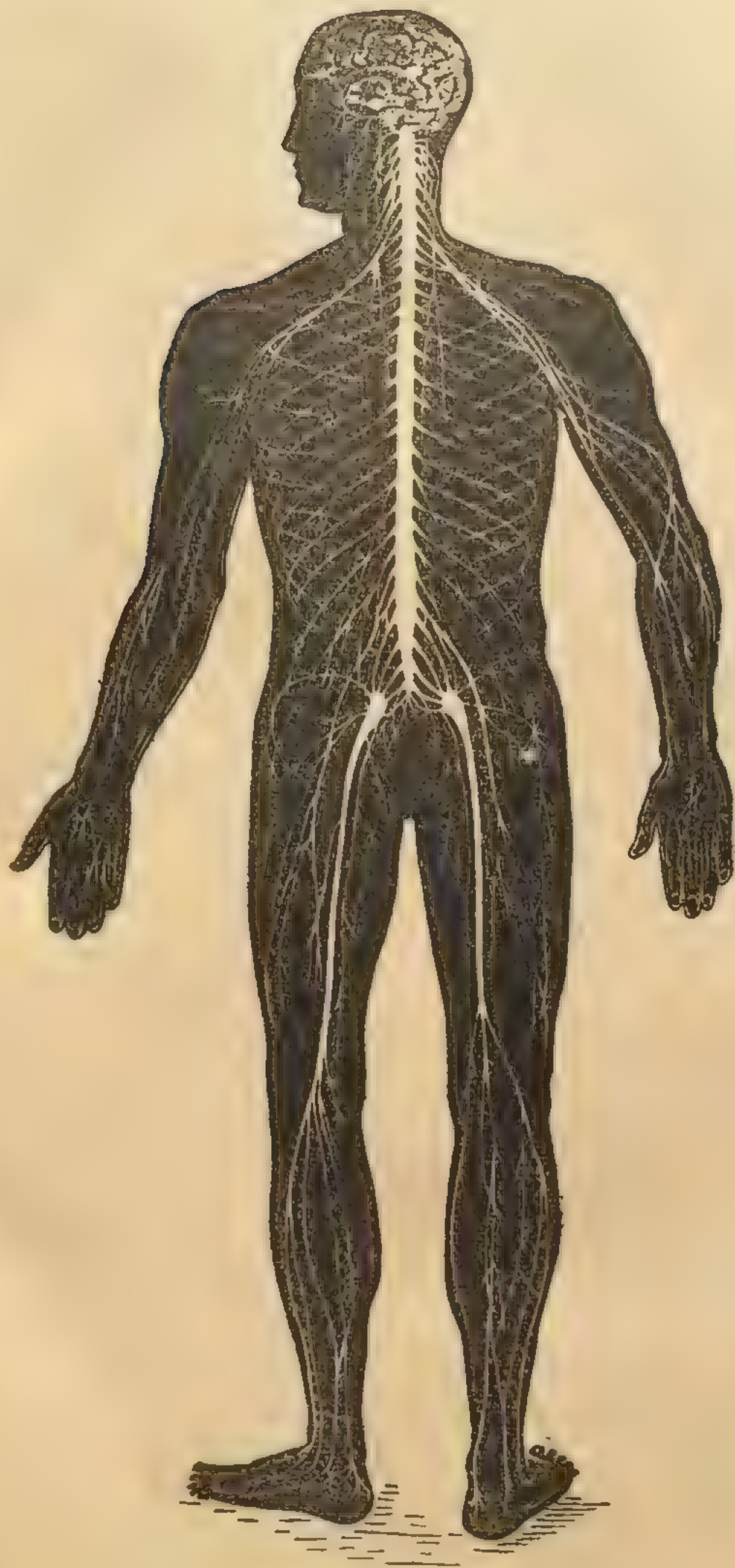


Рис. 1. Общий вид нервной системы.

льн
исле
еством
нешн
акцию
ки пр
зажм
взгля
и по
ающ
Присп
тонко
тельно
я сис
ент сн
у собо
чисто
вляе
Раздр
орга
оальн
о про
апах
в це
мпуль

2. 19

из внутренних органов, которые сигнализируют о всех происходящих переменах в организме. Давно установленным фактом является то, что деятельность всех органов и систем органов человека точно согласована. Это взаимодействие также происходит под контролем нервной системы. Таким образом, мозг человека является главнейшим регулятором всей жизнедеятельности организма. Головной мозг, в частности кора больших полушарий, осуществляет сложнейшие процессы нашей психической жизни; с функцией головного мозга связано все многообразие наших движений, из которых складываются трудовые процессы и поведение человека в целом.

Следовательно, нервная система, во-первых, осуществляет связь организма с окружающей средой, что выражается образованием весьма тонких и сложных форм взаимодействия организма с внешним миром; во-вторых, регулирует всю деятельность организма; в-третьих, обеспечивает объединение внешних проявлений и внутренней жизнедеятельности организма. Нервная система человека подразделяется на центральную и периферическую (рис. 1).

Центральная нервная система состоит из головного и спинного мозга. Отходящие от них нервы с многочисленными разветвлениями и сплетениями образуют периферическую нервную систему. В головном мозгу находятся центральные уровни вегетативной нервной системы, локализующиеся в промежуточном мозгу, в частности в гипоталамусе. Кроме того, вегетативная система имеет узлы, сплетения и волокна (подробнее об этом сказано на стр. 40—43).

Спинной мозг расположен в позвоночном канале. Он короче позвоночника: начинается на уровне верхнего края атланта (выше этого места он переходит в продолговатый мозг) и заканчивается на уровне нижнего края первого или верхнего края второго поясничного позвонка. Спинной мозг одет в три оболочки: наружную твердую, затем паутинную и сосудистую; пространство между ними заполнено спинномозговой жидкостью (ликвором). Пространство между паутинной и сосудистой оболочкой называется субарахноидальным.

От каждой половины спинного мозга отходят в сторону передние и задние нервные корешки. Анатомическая связь нервных корешков со спинным мозгом становится хорошо понятной при изучении его поперечного разреза (рис. 2). На поперечном разрезе спинного мозга внутри обнаруживается серое вещество (скопление нервных клеток), окруженное белым веществом (скопление нервных волокон), в котором различают передние, боковые и задние столбы (рис. 2).

Серое вещество имеет характерное расположение и напоминает форму развернутой бабочки или буквы Н. В нем различают передние, задние и боковые рога. В центре серого ве-

щества имеется отверстие — это поперечный разрез центрального продольного канала. Обе половины серого вещества соединены между собой серой спайкой. Передние рога — двигательные; из них выходят передние, или двигательные, корешки; задние рога — чувствительные, к ним подходят нервные волокна, которые образуют задние или чувствительные корешки. В боковых рогах, хорошо выраженных в грудном и поясничном отделах, расположены клетки симпатической нервной системы. Передний и задний корешки, прободая

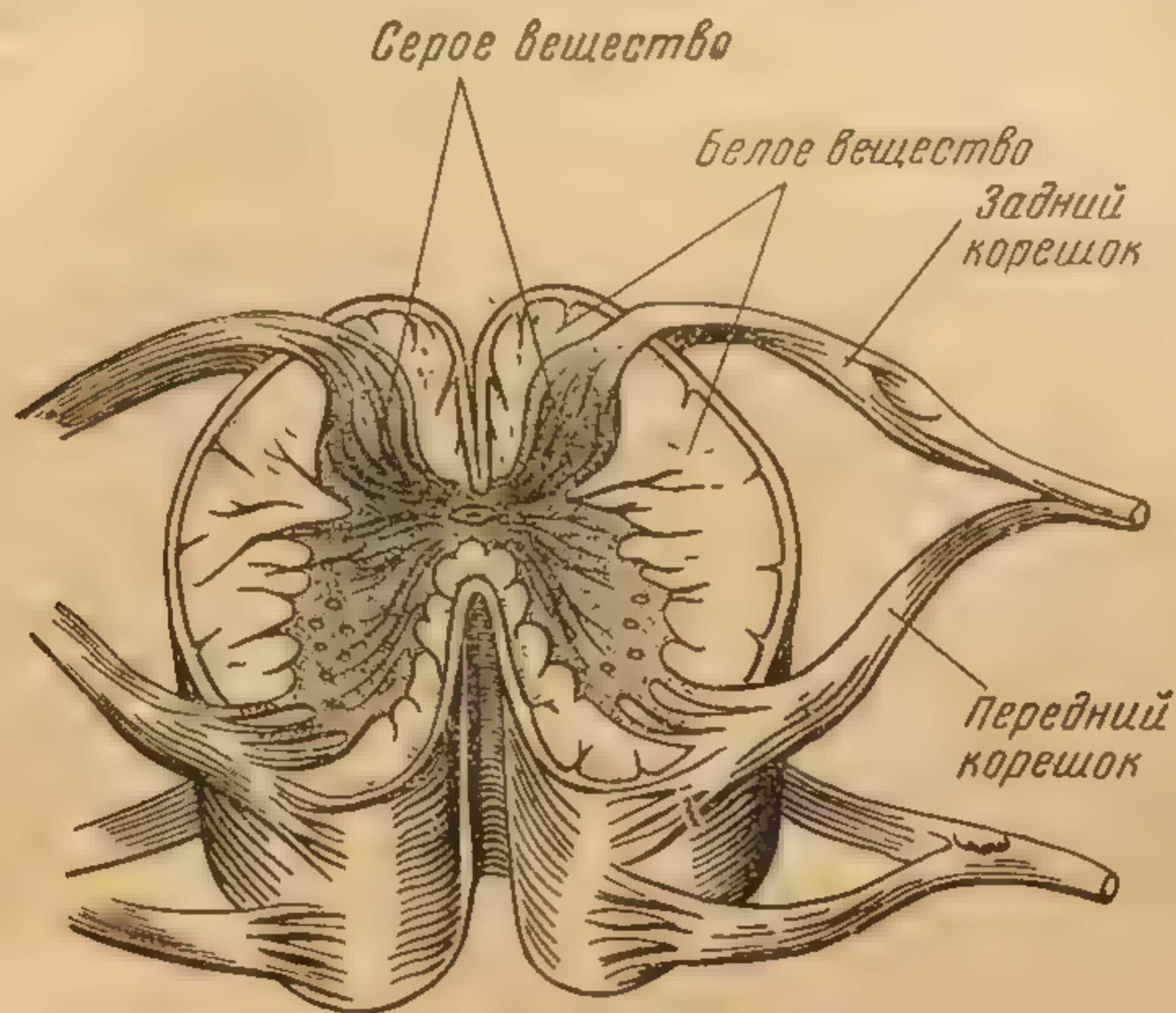


Рис. 2. Поперечный разрез спинного мозга.

твердую мозговую оболочку, выходят в межпозвоночные отверстия, где они, соединяясь вместе, образуют смешанный (чувствительный и двигательный) спинномозговой нерв. При этом задний корешок у места соединения образует спинномозговой узел. Всего от спинного мозга отходит 31 пара таких нервов. В связи с тем что спинной мозг короче позвоночного канала, отходящие с боков нервные корешки не имеют строго горизонтального расположения на всем протяжении спинного мозга: в верхних отделах они идут горизонтально, по мере же приближения к нижнему отделу уклоняются все более и более вниз, принимая вертикальное направление и образуя так называемый конский хвост (cauda equina). Вышедшие за пределы позвоночника нервы образуют сплетения (шейное, плечевое, пояснично-крестцовое), от которых нервы направляются к мышцам и коже конечностей и туловища.

Отрезок серого вещества спинного мозга с двумя парами передних и задних корешков составляет сегмент спинного

мозга. Всего имеется 31 сегмент (рис. 3), из них: 8 шейных, 12 грудных, 5 поясничных, 5 крестцовых и 1 копчиковый. Отдельные сегменты спинного мозга иннервируют соответствующие участки кожной поверхности и определенные мышцы. Имеется схема соотношений между сегментами и мышцами: 1—4 шейные сегменты иннервируют мускулатуру шеи; 5—8 шейные и 1—2 грудные — мышцы верхних конечностей; 3—12 грудные и 1-й поясничный — мышцы туловища; 2—5 поясничные и 1—2 крестцовые — мышцы нижних конечностей; 3—5 крестцовые и копчиковый сегменты иннервируют мышцы промежности и мочеполовые органы.

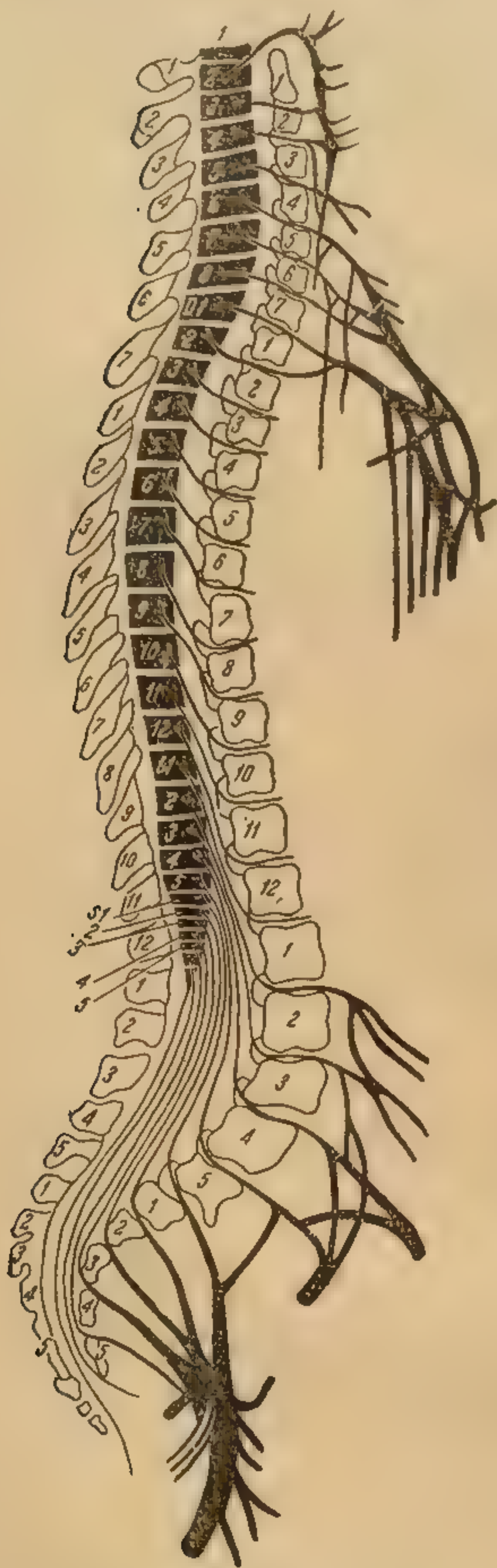


Рис. 3 Топографические соотношения между сегментами спинного мозга и позвонками.

Головной мозг состоит из: 1) двух полушарий, соединенных между собой спайкой (мозолистое тело); 2) промежуточного мозга (зрительные бугры и подбугровая область); 3) среднего мозга (четверохолмие и ножки мозга); 4) заднего мозга (мозжечок и варолиев мост); 5) продолговатого мозга (рис. 4). Головной мозг расположен в черепной коробке и покрыт, как и спинной, тремя оболочками. При осмотре целого головного мозга видно, что снаружи он имеет выпуклую форму; основание мозга уплощенное.

Мозг взрослого человека в среднем весит 1300—1350 г. В больших полушариях имеются полости — это боковые желудочки мозга, которые через III желудочек соединяются между собой и со всеми остальными полостями головного и спинного мозга. В желудочках находится спинномозговая жидкость. На основание мозга выходят черепномозговые нервы

Рис. 4. Продолговатый мозг.
1 — передний мозг; 2 — промежуточный мозг; 3 — средний мозг; 4 — задний мозг; 5 — варолиев мост; 6 — мозжечок; 7 — продолговатый мозг; 8 — спинной мозг; 9 — копчиковый сегмент; 10 — крестцовый сегмент; 11 — поясничный сегмент; 12 — грудной сегмент; 13 — шейный сегмент; 14 — шейный сегмент; 15 — шейный сегмент; 16 — шейный сегмент; 17 — шейный сегмент; 18 — шейный сегмент; 19 — шейный сегмент; 20 — шейный сегмент; 21 — шейный сегмент; 22 — шейный сегмент; 23 — шейный сегмент; 24 — шейный сегмент; 25 — шейный сегмент; 26 — шейный сегмент; 27 — шейный сегмент; 28 — шейный сегмент; 29 — шейный сегмент; 30 — шейный сегмент; 31 — шейный сегмент.

(рис. 5). Большинство черепномозговых нервов берет начало в ядрах (скопление нервных клеток), расположенных в различных участках ствола, главным образом в продолговатом мозгу. Среди них имеются двигательные, чувствительные и смешанные нервы. Различают следующие 12 пар черепномозговых нервов. I пара — обонятельный нерв, II пара — зрительный нерв. На основании мозга зрительные нервы образуют



Рис. 4. Продольный разрез головного мозга человека.

1 — передний мозг; 2 — промежуточный мозг; 3 — средний мозг; 4 — варолиев мост; 5 — продолговатый мозг; 6 — мозжечок.

неполный перекрест между собой — это так называемая хиазма зрительных нервов. III пара — глазодвигательный нерв, IV — блоковый и VI — отводящий. Эти последние три пары — чисто двигательные нервы, они направляются к мышцам глазного яблока и обеспечивают его движения. III пара в своем составе содержит парасимпатические волокна, обуславливающие сужение зрачка и сокращение аккомодационной мышцы глаза. V пара — тройничный нерв (состоит из трех ветвей), самый толстый из черепномозговых нервов. Он содержит двигательные и чувствительные волокна. Чувствительные волокна направляются к коже лица, а двигательные — к жевательным мышцам. VII пара — лицевой нерв. Волокна его направляются к мышцам лица и обеспечивают все движения мимической мускулатуры. К лицевому нерву присоединяется промежуточный нерв, содержащий вкусовые волокна и парасимпатические веточки, иннервирующие слезную и слюнную

железы. VIII пара — слуховой нерв. Во внутреннем слуховом проходе этот нерв разделяется на нерв улитки (собственно слуховой) и нерв преддверия (нерв равновесия). IX пара — языкоглоточный нерв. Волокна его идут к мышцам глотки. От желобоватых сосочков языка по этому нерву в мозг посту-

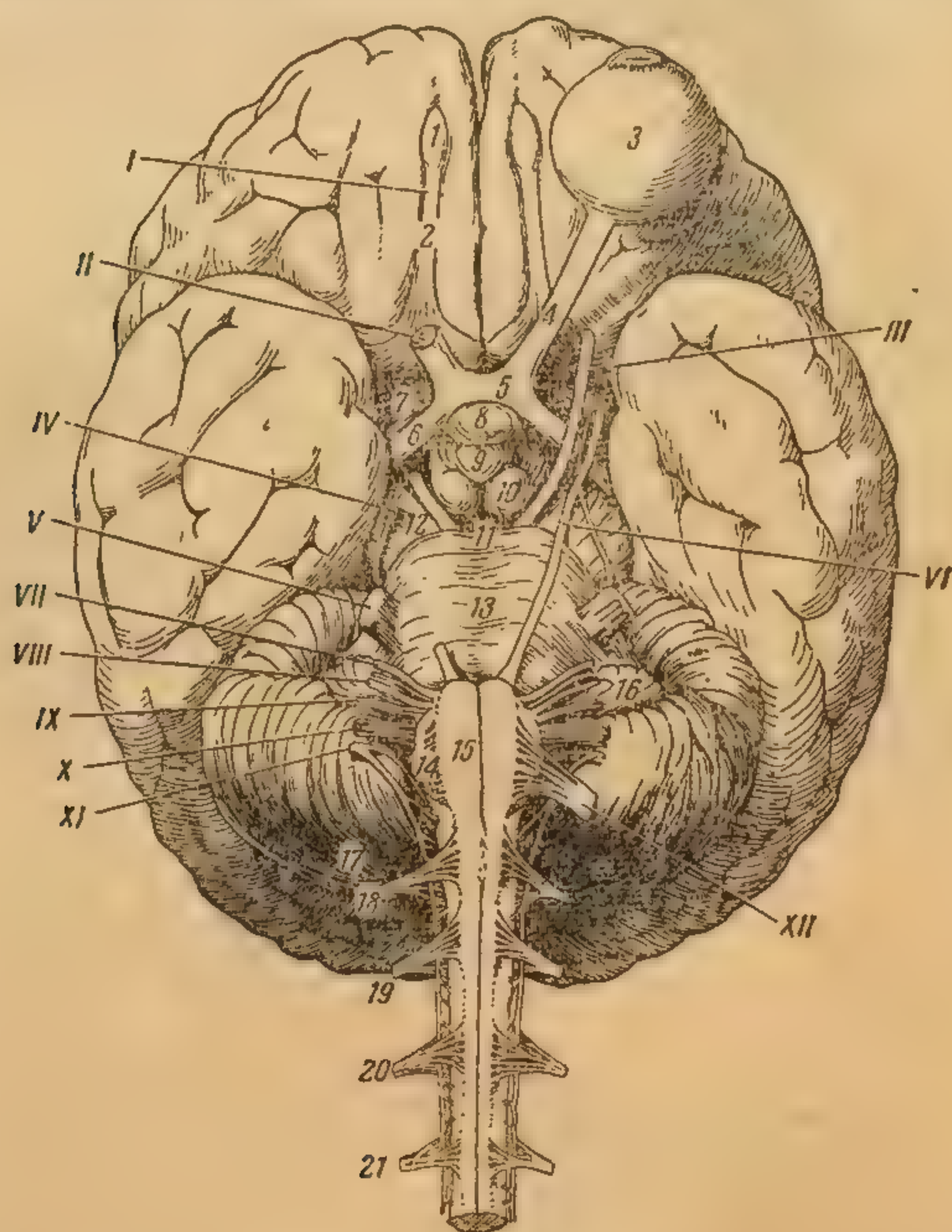


Рис. 5. Основание (нижняя поверхность) головного мозга.

1 — обонятельная луковица; 2 — обонятельный тракт; 3 — глазное яблоко; 4 — зрительный нерв; 5 — перекрест зрительных нервов; 6 — зрительный тракт; 7 — обонятельный треугольник; 8 — гипофиз; 9 — серый бугор; 10 — сосочковое тело; 11 — ямка между ножками мозга; 12 — ножка мозга; 13 — мост; 14 — олива; 15 — пирамида; 16 — ножка моста; 17 — мозжечок; 18, 19, 20, 21 — верхние спинномозговые нервы; I—XII — черепномозговые нервы.

пают вкусовые раздражения. В его составе идут парасимпатические волокна к околоушной железе. X пара — блуждающий нерв. Он содержит чувствительные и двигательные волокна. Это самый длинный из черепномозговых нервов. Волокна этого нерва направляются к ряду органов: глотке, пищеводу, гортани, сердцу, легким, желудку и др. XI пара — добавочный нерв.

Он несет...
мозга. От...
а затем ид...
сосудов и...
нерв. Он...
Средний...
объединяются...
Кратко осто...
ных выше отде...
Продолжа...
лости черепа на...
мозг переходит...
поверхности про...
по сторонам кот...
валиков — это п...
проходит продо...
являются продо...
В продолгова...
во. Серое вещес...
долговатого моз...
(проводящие пу...
Задний мо...
мост (см. рис. 5)...
виде утолщения...
ются и уходят по...
ют мост с мозже...
моста расположе...
ляются к головн...
рис. 5). В глубин...
ватом мозгу, рас...
ядра, от которых...
выше черепномоз...
мосту расположе...
ливающие слюно...
дечно-сосудистый...
Мозжечок...
между собой так...
пар ножек (верх...
средним мозгом...
гом. Различают...
кору и белое ве...
заложены ядра...
Верхний отде...
принимает учас...
рого является р...
с центральным...
щение с под...
2.

Он начинается в сером веществе продолговатого и спинного мозга. Оттуда волокна его поднимаются в полость черепа, а затем идут вниз. Этот нерв иннервирует грудинно-ключично-сосковую и трапецевидную мышцы. XII пара — подъязычный нерв. Он иннервирует мышцы языка.

Средний мозг, варолиев мост и продолговатый мозг объединяются под общим названием мозгового ствола.

Кратко остановимся на описании анатомии перечисленных выше отделов головного мозга.

Продолговатый мозг (см. рис. 5) расположен в полости черепа на блюменбаховом скате. Книзу продолговатый мозг переходит непосредственно в спинной мозг. На передней поверхности продолговатого мозга имеется продольная щель, по сторонам которой расположены два возвышения в форме валиков — это пирамиды и оливы. На задней поверхности проходит продольная борозда и два задних канатика, которые являются продолжением задних столбов спинного мозга.

В продолговатом мозгу различают серое и белое вещество. Серое вещество — скопление нервных клеток (ядра продолговатого мозга); оно расположено внутри, белое вещество (проводящие пути) — снаружи.

Задний мозг (варолиев мост и мозжечок). Варолиев мост (см. рис. 5) располагается над продолговатым мозгом в виде утолщения. Боковые отделы моста постепенно суживаются и уходят под мозжечок — это ножки моста; они соединяют мост с мозжечком. На передней поверхности варолиева моста расположены пучки нервных волокон, которые направляются к головному мозгу и переходят в ножки мозга (см. рис. 5). В глубине варолиева моста, так же как и в продолговатом мозгу, расположены ядра. Основная часть их — это ядра, от которых берут начало некоторые из перечисленных выше черепномозговых нервов. В продолговатом мозгу и в мосту расположены также парасимпатические ядра, обуславливающие слюноотделение и жизненно важные функции (сердечно-сосудистый и дыхательный центры).

Мозжечок состоит из двух полушарий, соединенных между собой так называемым червячком. При помощи трех пар ножек (верхние, средние и нижние) мозжечок связан со средним мозгом, с варолиевым мостом и продолговатым мозгом. Различают наружное серое вещество мозжечка — его кору и белое вещество, расположенное внутри. В последнем заложены ядра мозжечка, например зубчатое ядро.

Верхний отдел продолговатого мозга, его задняя стенка, принимает участие в образовании IV желудочка, дном которого является ромбовидная ямка. IV желудочек соединяется с центральным каналом спинного мозга, а также имеет сообщение с подпаутинным (субарахноидальным) пространством.

Средний мозг (ножки мозга и четверохолмие). Ножки мозга есть не что иное, как значительное скопление нервных волокон, которые имеют вид двух толстых нервных пучков. Посредством их осуществляется связь продолговатого мозга и моста с лежащими выше отделами головного мозга. В ножках мозга выделяют основание и покрывку, между которыми заложена черная субстанция. Кроме того, в них лежат красные ядра и ядра III и IV пары черепномозговых нервов. Рядом с ядром III пары располагается парасимпатическое ядро Вестфала — Эдингера, которое обуславливает сужение зрачка и сокращение аккомодационной мышцы глаза. Черная субстанция, красное ядро, так же как зубчатое ядро мозжечка и полосатое тело больших полушарий, относятся к экстрапиримидной системе.

Четверохолмие имеет вид пластинки с четырьмя возвышениями в форме небольших бугорков; два из них верхние и два нижние. Между верхними бугорками расположен эпифиз (шишковидная железа). В верхних бугорках имеются скопления нервных клеток, которые функционально относятся к подкорковым зрительным центрам; нервные клетки нижних бугорков являются подкорковыми слуховыми центрами.

Межуточный мозг (зрительные бугры и подбугровая область). Зрительные бугры (таламус) — это два больших образования, состоящие из скопления серого вещества. Между внутренними поверхностями бугров расположен III желудочек, который посредством силвиева водопровода соединен с IV желудочком и через межжелудочковые отверстия — с боковыми желудочками. Зрительные бугры содержат первичные зрительные центры. Кроме того, сюда приходят все чувствительные проводники, поэтому считают, что зрительные бугры — коллектор всей чувствительности. Отсюда чувствительные проводники направляются в кору головного мозга.

Подбугровая область (гипоталамус) расположена книзу от зрительных бугров. Главными образованиями ее являются серый бугор и сосочковые тела. В них лежат ядра, имеющие отношение к регулированию обмена веществ в организме (подкорковые вегетативные центры).

Большие полушария головного мозга состоят из серого и белого вещества. Серое вещество полушарий расположено снаружи в виде тонкого слоя и называется корой головного мозга. Основную массу полушарий составляет белое вещество, расположенное под корой. В глубине его имеется скопление серого вещества в форме отдельных узлов; главными из них являются хвостатое тело и чечевицеобразное тело, известные под общим названием полосатого тела (*corpus striatum*), а также зрительные бугры. Узкая полоска белого вещества, расположенная между подкорковыми узлами,

называется внутренней капсулой (рис. 6). На поверхности мозговой коры хорошо выражены многочисленные складки, которые отделяются друг от друга то более, то менее глубокими бороздами. Участок коры, расположенный между двумя бороздами, называется извилиной. Форма и размер извилин весьма разнообразны. Толщина коры взрослого человека неодинакова и в среднем равна 4 мм.

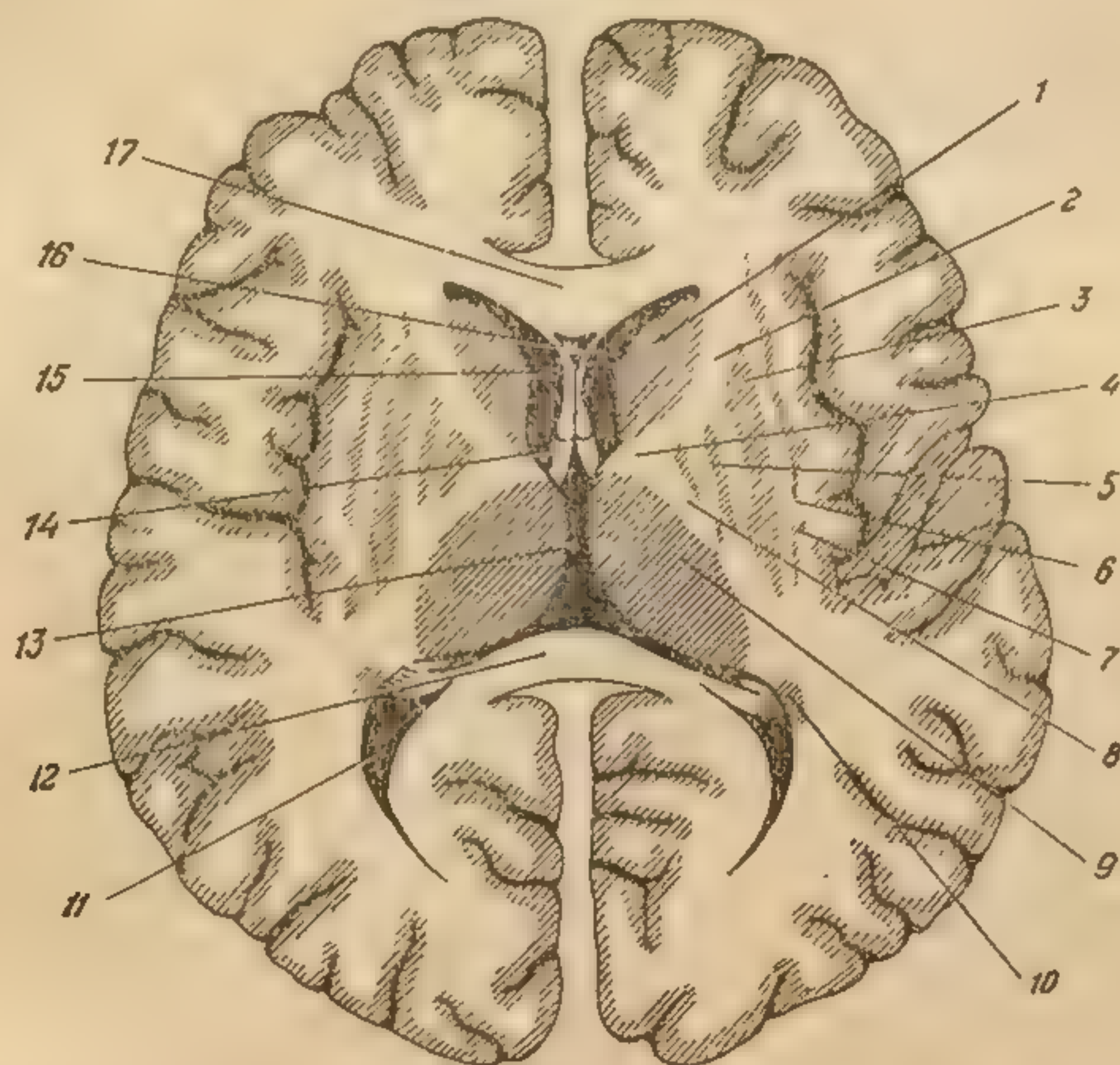


Рис. 6. Горизонтальный разрез головного мозга.

1 и 10 — хвостатое тело; 2, 4 и 8 — внутренняя капсула; 3 — скорлупа; 5 — бледный шар; 6 и 7 — ограда; 9 — зрительный бугор; 11 и 15 — боковой желудочек; 13 — третий желудочек; 12 и 17 — большая белая спайка; 14 — ножка свода; 16 — прозрачная перегородка.

Вся поверхность коры благодаря многочисленным складкам достигает в среднем 2250 см². Полушария головного мозга разделяются на следующие доли: лобные, теменные, височные и затылочные. Расположение долей примерно соответствует костям черепа. Границами между долями являются наиболее постоянные и выраженные борозды. Так, например, сильвиева борозда (*fissura Sylvii*), проходящая по наружной поверхности полушария спереди назад и несколько вверх, отделяет височную долю от лобной и теменной долей. Центральная, роландова, борозда (*fissura Rolandi*), располагаясь примерно в середине мозга, отделяет лобную долю от теменной. Каждая из упомянутых долей больших полушарий в свою очередь разделяется бороздами на различное число извилин. Например, наружная поверхность в височной доли двумя горизонтальными бороздами разделена на три извилины: верх-

ную, среднюю и нижнюю. Основную массу больших полушарий составляет белое вещество, которое представляет собой скопление огромного числа нервных волокон. Благодаря этим волокнам осуществляется связь коры полушарий со всеми остальными отделами центральной нервной системы и пери-

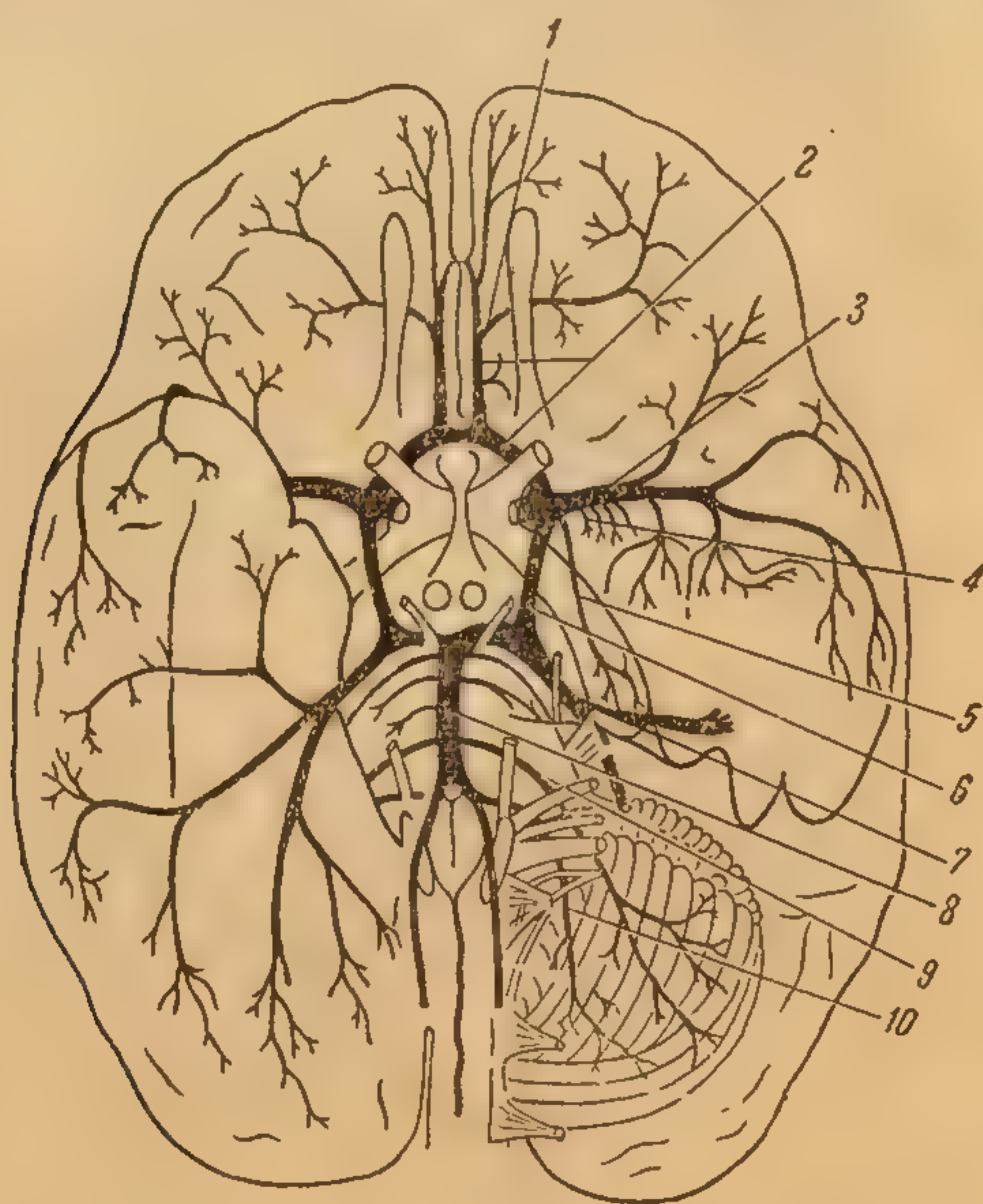


Рис. 7. Артерии основания мозга.
1 — передняя мозговая артерия; 2 — передняя соединяющая артерия; 3 — средняя мозговая артерия; 4 — подкорковые артерии; 5 — артерия к сосудистому сплетению; 6 — задняя соединяющая артерия; 7 — задняя мозговая артерия; 8 — основная артерия; 9 — средняя мозжечковая артерия; 10 — нижняя мозжечковая артерия спинного мозга (слева мозжечок удален).

ферисей, обеспечивается связь различных отделов обоих полушарий между собой и внутри каждого полушария.

Кровоснабжение головного мозга обеспечивается внутренними сонными и позвоночными артериями (рис. 7). На основании мозга в результате анастомозирования артериальных ветвей образуется виллизиев круг.

При изучении мозговой ткани под микроскопом установлено, что она образована огромным количеством нервных клеток (нейронов) и невроглии.

Нервная
многочисленны
ке. в ней имее
тело нервной к



Рис. 8. Нервная
из коры головного

конца — нейроти
нервной клетки
от ее основания
отросток, или

Нервная клетка, или нейрон, состоит из тела с многочисленными отростками (рис. 8). Как и во всякой клетке, в ней имеется протоплазма, ядро и ядрышко. Через все тело нервной клетки и ее отростки проходят тончайшие воло-

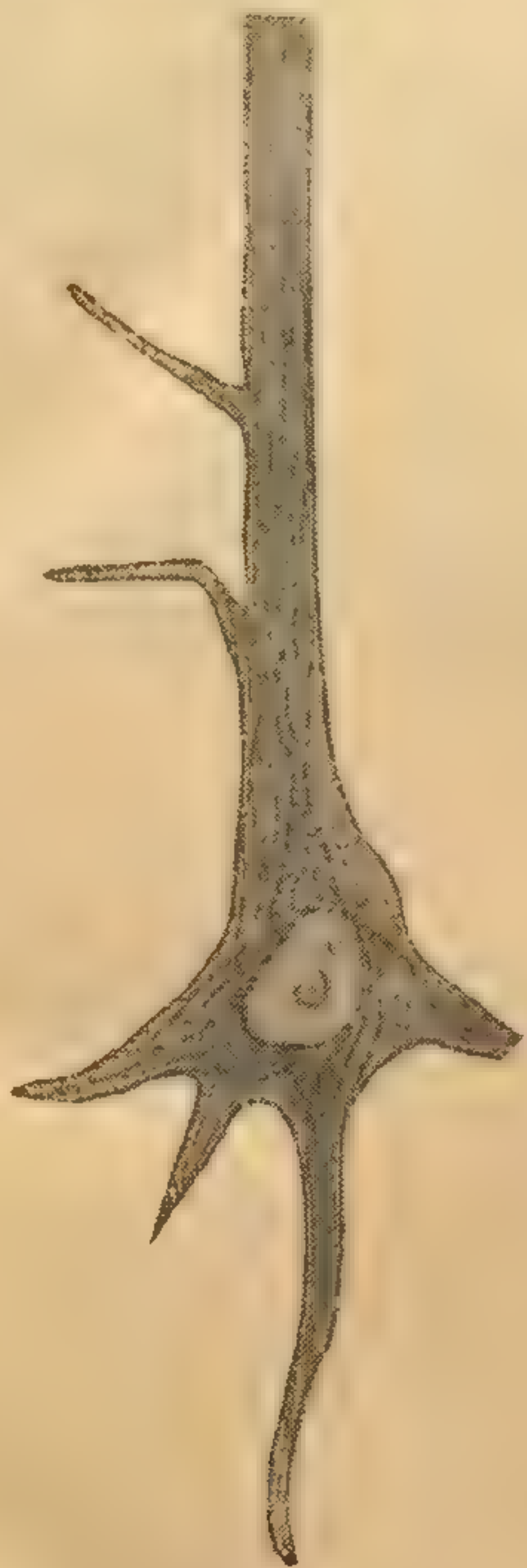


Рис. 8. Нервная клетка из коры головного мозга.

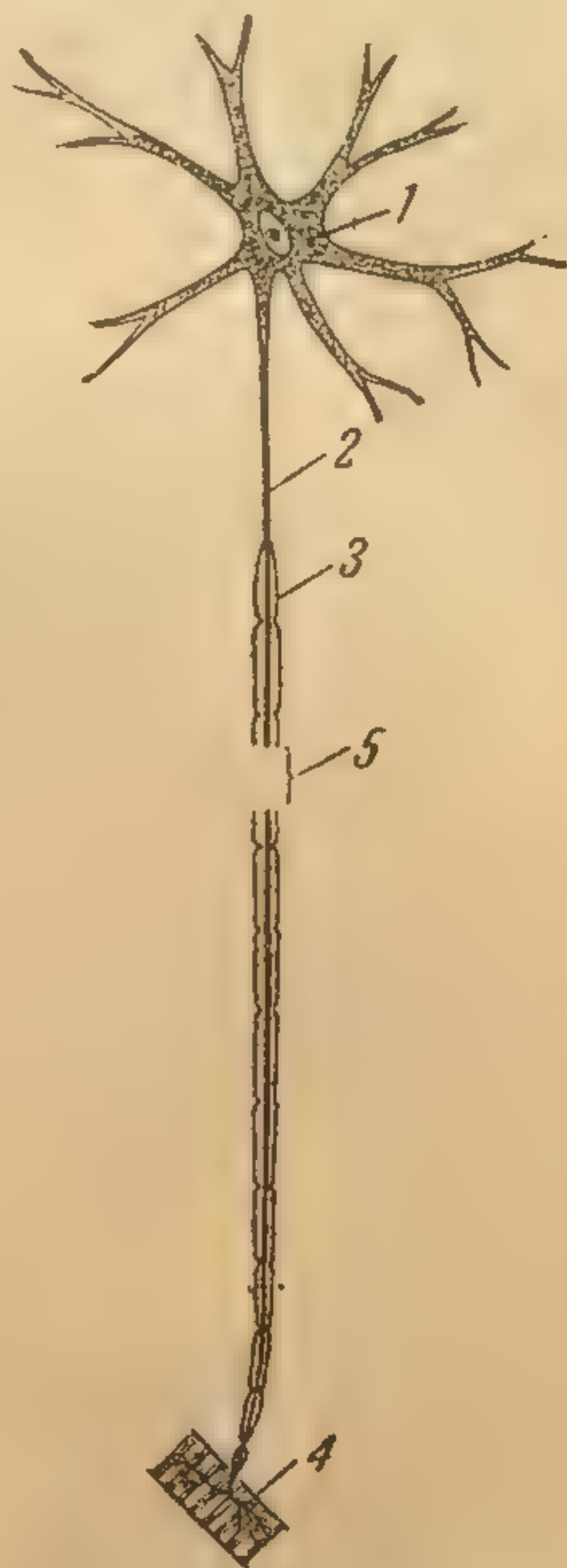


Рис. 9. Схематическое изображение нейрона.

1 — нервная клетка с ядром; 2 — отросток нервной клетки (аксон); 3 — миелиновая (мякотная) оболочка, одевающая аксон; 4 — конечное разветвление аксона в мышечном волокне; 5 — перерыв в изображении аксона; аксон во много сотен раз превышает размеры нервной клетки.

конца — нейрофибриллы. Среди многочисленных отростков нервной клетки выделяют один длинный отросток, отходящий от ее основания, — это так называемый осевоцилиндрический отросток, или аксон, нейрит (рис. 9). Короткие, древовидно

ветвящиеся отростки нервной клетки называются дендритами. По дендритам нервный импульс направляется к телу нервной клетки, а по аксону он идет от клетки к периферии.

Аксоны, содержащие миелиновую (жировую) оболочку, называются миелиновыми, не имеющие ее — безмиелиновыми.

Нервные клетки между собой находятся в контакте, образуя цепь нейронов. Такие контакты называются синапсами.

Кроме нервных клеток, в веществе мозга имеется особая межклеточная ткань — так называемая невроглия, или

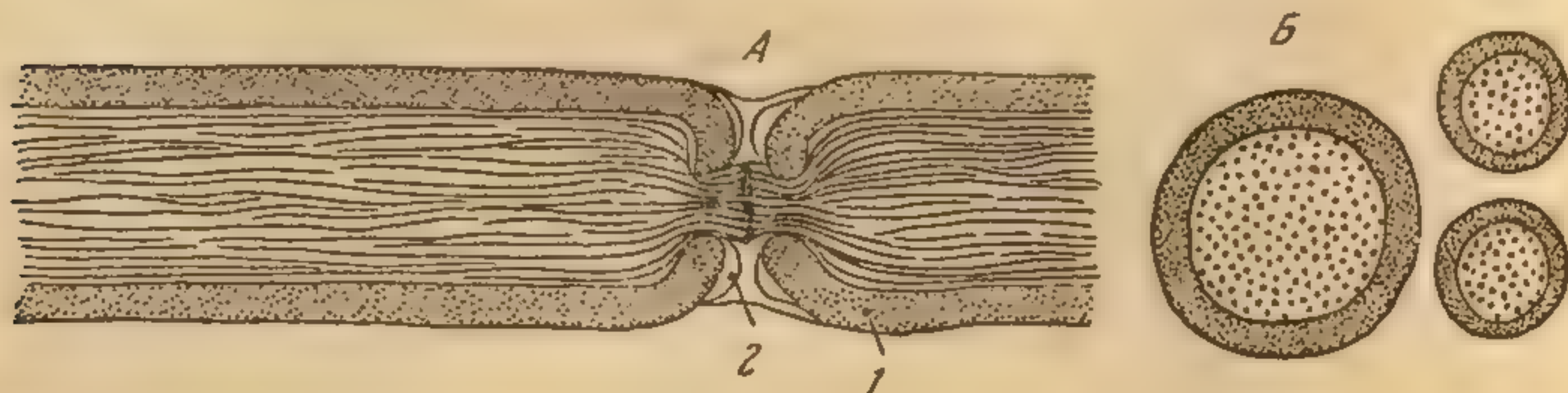


Рис. 10. Миелиновое нервное волокно в продольном (А) и в поперечном (Б) разрезе.

1 — миелиновая оболочка; 2 — шванновская оболочка.

глия. Невроглия является как бы опорным остовом, в котором расположены нервные клетки. Кроме того, будучи посредницей между нейронами и кровеносными сосудами, она обеспечивает обмен веществ в нервной системе.

Нервные волокна одеты в специальную оболочку. Оболочка нервного волокна состоит из миелина (рис. 10). Аксоны нервных клеток, выходящие за пределы центральной нервной системы, кроме миелиновой оболочки, имеют еще поверх нее оболочку из шванновских клеток. Такие нервные волокна и являются собственно периферическими нервами. Нервы эти направляются к мышцам, к коже, к железам и т. д., где они образуют специальные нервные окончания.

Нервные клетки коры головного мозга и миелиновые волокна расположены в определенном порядке (рис. 11). Установлено, что почти вся кора больших полушарий человека состоит из шести слоев. Каждый слой имеет свои особенности строения. Эти слои следующие: 1) молекулярный (поверхностный); 2) наружный зернистый; 3) пирамидный; 4) внутренний зернистый; 5) ганглиозный; 6) полиморфный. В различных участках строение коры обладает особенностями, что проявляется главным образом различной степенью выраженности того или иного слоя, количеством и густотой клеток. Например, в двигательной зоне, в области передней центральной извилины, преимущественно развит слой больших пира-

мид. На основании углубленного исследования особенностей устройства различных отделов коры головного мозга (цитохистологические исследования) в настоящее время в коре



Рис. 11. Строение коры головного мозга (схема).

А — расположение нервных клеток в коре (цифрами 1, 2, 3, 4, 5, 6 обозначены шесть слоев клеток); Б — расположение нервных волокон в коре.

выделяют 47 полей. Такое большое различие в строении коры больших полушарий связано с многообразием функций головного мозга.

ОСНОВЫ ФИЗИОЛОГИИ И ПАТОФИЗИОЛОГИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Вся деятельность нервной системы по своему характеру является рефлекторной.

Рефлекс—это ответная реакция организма на раздражение, осуществляемая посредством нервной системы. Следовательно, различные раздражения из внешней среды: звуковые, световые, механические, температурные, обонятельные, вкусовые и др., а также импульсы, исходящие из внутренней среды организма (из внутренних органов, мышц, суставов), постоянно оказывают воздействие на различные воспринимающие (рецепторные) нервные приборы. Возникшее нервное возбуждение по нервным проводникам передается в центральную нервную систему, откуда нервный импульс по другим проводникам направляется к рабочему органу.

СПИННОЙ МОЗГ

Рассмотрим вначале, как осуществляется сегментарно-рефлекторная функция спинного мозга. На рис. 12 представлена наиболее простая схема рефлекторной дуги спинного мозга. Если уколоть кожу руки, то болевое раздражение, воспринятое нервными окончаниями—рецепторами, направится по чувствительному нерву к спинному мозгу. По заднему корешку спинного мозга нервный импульс достигает нервных клеток заднего рога, откуда возбуждение передается к дендритам нервных клеток переднего рога (двигательные клетки). Через передний корешок импульс направляется к мышцам руки, вызывая их сокращение: происходит, как говорят, рефлекторное отдергивание руки. Таков же физиологический механизм сухожильных рефлексов, рефлексов с конъюнктивы глаза и др.

Рефлексы разделяются на безусловные (врожденные) и условные (приобретенные). В образовании условных рефлексов у человека главную роль играет кора головного мозга. Безусловные рефлексы осуществляются в низших отделах нервной системы: в спинном мозгу, в стволе мозга, в подкорковых узлах.

Описанный выше спинномозговой рефлекс может возникнуть лишь при целостности всех отделов рефлекторной дуги. В случае, если в каком-либо месте эта дуга повреждена, ответной рефлекторной реакции не наступит.

При поражении спинного мозга, в зависимости от места повреждения и его характера, можно наблюдать следующие основные группы расстройств сегментарно-рефлекторной и проводниковой функций спинного мозга.

1. Двигательная
ваз. Олигопарез
корешек. В этом
снабжает спинной
периферический
паралич являе



1 — рецептор
же); 2 — чувс
ствительной
дится в нерв
ной клетки,
ном мозгу); 6
ном мозгу); 7

кое ослабление т
(атрофия). Такой
риферических нер
2. Чувствитель
ства. Они возник
него корешка. В
блюдается полно
или понижение в
а также понижен
жильных, кожных
Вторая осн
вая, которая осущ
ших и нисходящи
путей представляе
спинного мозга.

1. Двигательные сегментарные расстройства. Они возникают, если поражен передний рог или передний корешок. В этом случае на уровне, где тот или иной сегмент снабжает определенные мышцы тела, наблюдаются симптомы периферического паралича. Характерными признаками такого паралича являются: отсутствие рефлексов (арефлексия), рез-

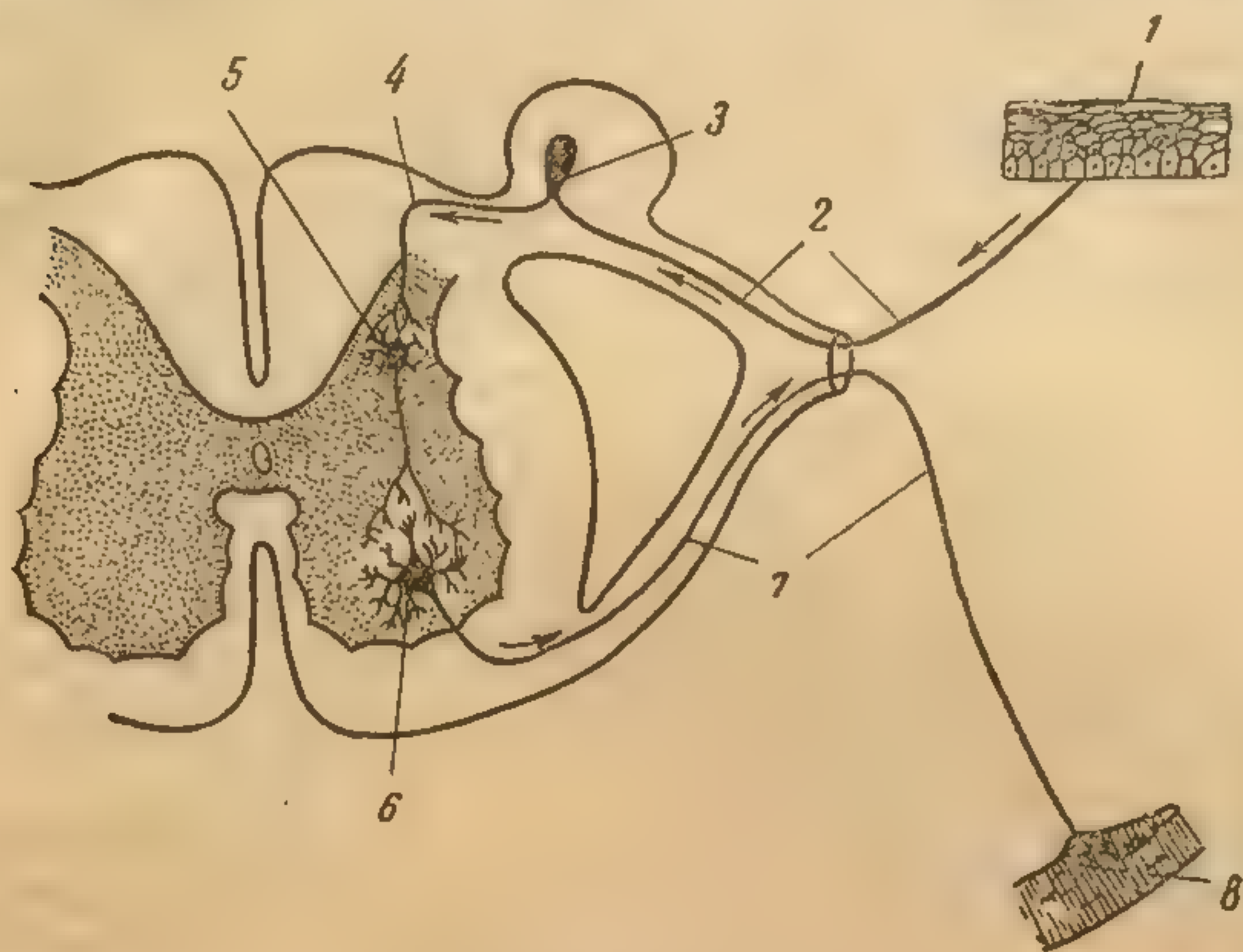


Рис. 12. Схема рефлекторной дуги.

1 — рецептор (окончание чувствительного нервного волокна в коже); 2 — чувствительное волокно (периферический отросток чувствительной нервной клетки); 3 — чувствительная клетка (находится в нервном узле); 4 — центральный отросток чувствительной клетки; 5 — вставочная нервная клетка (находится в спинном мозгу); 6 — двигательная нервная клетка (находится в спинном мозгу); 7 — двигательное нервное волокно; 8 — нервное окончание в мышце.

кое ослабление тонуса мышц (атония) и похудание мышц (атрофия). Такой же паралич отмечается при поражении периферических нервов.

2. Чувствительные сегментарные расстройства. Они возникают при повреждении заднего рога или заднего корешка. В этих случаях в определенных сегментах наблюдается полное отсутствие чувствительности (анестезия) или понижение всех видов чувствительности (гипестезия), а также понижение или полное отсутствие рефлексов (сухожильных, кожных и др.), связанных с этими сегментами.

Вторая основная функция спинного мозга — проводниковая, которая осуществляется системой проводящих (восходящих и нисходящих) путей. Основная масса этих проводящих путей представлена передними, задними и боковыми столбами спинного мозга. Волокна всех нисходящих проводников закан-

чиваются у клеток передних рогов спинного мозга. По нисходящим проводникам идут нервные импульсы, как возбуждающие, так и тормозящие. Например, при уколе булавкой человек может не отдернуть руку, если безусловный рефлекс будет заторможен.

При поражении проводниковых систем спинного мозга возникают более распространенные нарушения функций, чем при сегментарных поражениях его. Так, при повреждении боковых столбов (двигательные пирамидные волокна) паралич центрального характера охватывает мышцы, которые иннервируются ниже лежащими от места повреждения сегментами спинного мозга (стр. 35). Если, например, патологический очаг расположен в боковых столбах шейного отдела спинного мозга, то парализованными окажутся и руки, и ноги. То же наблюдается и при поражении чувствительных путей; в этих случаях чувствительность расстраивается по проводниковому типу.

Зная расположение проводящих путей в спинном мозгу, а также их функциональное назначение, невропатолог, выявляя наличие тех или иных симптомов, устанавливает место повреждения в спинном мозгу.

В спинном мозгу, в сером его веществе, на уровне III, IV и V крестцовых сегментов, располагаются центры мочеиспускания и дефекации. Деятельность этих центров, как и вся остальная деятельность спинного мозга, в определенной мере регулируется, контролируется корой головного мозга. При поражении этих центров могут наблюдаться различные нарушения акта мочеиспускания и дефекации. Так, может наступить нарушение произвольности мочеиспускания, задержка мочи (это явление нередко бывает в первые дни после полного поперечного поражения спинного мозга).

В боковых рогах спинного мозга расположены вегетативные спинномозговые центры. Болезненные изменения в них могут привести к ряду вегетативных и трофических расстройств: нарушению потоотделения, кровоснабжения, изменениям в коже, ногтях.

ГОЛОВНОЙ МОЗГ

И. М. Сеченов и И. П. Павлов своими исследованиями доказали, что деятельность высших отделов нервной системы (кора головного мозга), так же как и деятельность остальных ее отделов, является рефлекторной. Но между рефlekсами, которые образуются без участия коры, и рефlekсами, путь которых проходит через кору головного мозга, имеется разница. Без участия коры могут осуществляться безусловные рефlekсы. Для них характерным является постоянство; они

существуют с
находятся в
ны глаз. С
инстинкты: павло



Рис. 13. Схема
При помощи бе
вают себе грубое, л
жающей среде.
Условные рефле
рефлексов или на о
условных рефлекс
му, что для образ
вия, подкрепление
Приведем пример в

существуют от рождения. Например, к таким рефлексам относится сосательный рефлекс и отделение слез при раздражении глаз. Сложными безусловными рефлексам являются и инстинкты: пищевой, самосохранения, половой, родительский.



Рис. 13. Схема образования условного рефлекса (а, б, в).

При помощи безусловных рефлексов животные обеспечивают себе грубое, лишь ограниченное приспособление к окружающей среде.

Условные рефлексы формируются на базе безусловных рефлексов или на основе прочно образовавшихся в прошлом условных рефлексов. Эти рефлексы условными названы потому, что для образования их необходимы определенные условия, подкрепление условного раздражителя безусловным. Приведем пример выработки условного рефлекса (рис. 13).

Собака помещена в специальный станок. Из слюнной железы ее наружу выведен слюнной проток (фистула). Когда пища попадает собаке в рот, в пробирку начинает капать слюна. Это — безусловный рефлекс. Раздражение полости рта пищей в данном случае вызывает возбуждение центра слюноотделения. В комнате, недалеко от собаки, периодически вспыхивает лампочка. Собака на нее реагирует: настораживается, поворачивает голову. Через несколько секунд после загорания лампочки собаке дают пищу. При этом наблюдается отделение слюны. Если такое сочетание (свет — кормление) повторить несколько раз, в дальнейшем достаточным оказывается одного света лампочки, чтобы вызвать усиленное выделение слюны. Следовательно, условный пищевой рефлекс на свет образовался. В данном случае свет лампочки для собаки стал условным раздражителем, т. е. сигналом о начале кормления. Таким образом, мы видим, что условный рефлекс есть не что иное, как ответная реакция на такой раздражитель, который сам по себе для организма не представляет большого значения, но является сигналом жизненно важных явлений окружающей среды.

Благодаря условным рефлексам (временным связям) организм приспособляется к различным изменяющимся условиям внешней среды. На протяжении всей жизни организма происходит постоянная выработка новых условных рефлексов. Старые условные рефлексy, если они не подкрепляются, угасают. При повторении прежних условий ранее угаснувшие рефлексy могут ожить. В конце концов, вся деятельность человека, все поведение его обуславливается сочетанием и взаимодействием бесчисленного множества самой различной сложности условных рефлексов при наличии ряда безусловных рефлексов и инстинктов.

Нервная система для восприятия того или иного раздражителя снабжена специальными приборами, которые И. П. Павлов назвал анализаторами. Различают следующие анализаторы: кожный, слуховой, зрительный, обонятельный, вкусовой, двигательный.

Кроме анализаторской деятельности, одновременно с ней в коре головного мозга осуществляется синтез (обобщение, объединение) нервных процессов, протекающих в различных участках нервной системы. Только благодаря наличию синтезирующей деятельности коры больших полушарий оказывается возможным образование условных рефлексов.

В основе уравнивания организма с окружающей средой лежит взаимодействие двух основных процессов: возбуждения и торможения.

Как было видно на примере выработки условного рефлекса, в ответ на раздражение — загорание лампочки — в коре

мозга собаки в
и обуславливает
ние слюны. Если
и ни разу не дава
слюны на свет.
нял это явление
В основе этого
жения нервных
ботанного условн
менившейся с
возбуждения в
тельность тех или
ослабляет или да
цесса в основном
подчиненных коре
узлов, ствола мозга
анализ всех окружа

И. П. Павлов по
жения подчиняют
концентрации
торможение, появи
распространяется н
иррадиации. В случ
начинает сосредото
коры, говорят об
цесса.

В качестве прим
и концентрации нер
опыт. У собаки выр
на звук камертона о
ную реакцию вызыв
дальнейшем, при по
го раздражителя зву
дит к условнорефлек
Следовательно, в
ании, в дальнейшем
ного процесса.

Кроме иррадиаци
для нервной деятель
сы взаимной ин
можения. Так, если в
мозга появляется тор
в других, соседних, уч
дення. Наоборот, про
будет вызывать торм
под влиянием торм
индукцией торм

мозга собаки возникал процесс возбуждения, который и обуславливал ответную положительную реакцию — выделение слюны. Если же несколько раз подряд включать лампочку и ни разу не давать собаке пищу, то в конце концов отделение слюны на свет лампочки прекращается. И. П. Павлов объяснял это явление как угасание условного пищевого рефлекса. В основе этого угасания лежит процесс торможения нервных клеток. Угасание, торможение ранее выработанного условного рефлекса, происходит под влиянием изменившейся окружающей среды. Следовательно, процесс возбуждения в нервных клетках вызывает или усиливает деятельность тех или других органов, а процесс торможения ослабляет или даже совсем прекращает ее. Эти же два процесса в основном регулируют деятельность и лежащих ниже подчиненных коре головного мозга образований: подкорковых узлов, ствола мозга, спинного мозга, обеспечивая тончайший анализ всех окружающих явлений.

И. П. Павлов показал, что процессы возбуждения и торможения подчиняются основным законам: иррадиации, концентрации и индукции. Если возбуждение или торможение, появившееся в том или ином участке коры мозга, распространяется на соседние участки коры, то говорят об иррадиации. В случае, когда возбуждение или торможение начинает сосредоточиваться на определенной территории коры, говорят об явлении концентрации нервного процесса.

В качестве примера, показывающего явления иррадиации и концентрации нервных процессов, приведем следующий опыт. У собаки вырабатывается условный пищевой рефлекс на звук камертона определенного тона. Вначале положительную реакцию вызывает звук камертона и других тонов. Но в дальнейшем, при подкреплении (кормление) только условного раздражителя звучание камертона других тонов не приводит к условнорефлекторной реакции.

Следовательно, в начале опыта мы имели процесс иррадиации, в дальнейшем наступило явление концентрации нервного процесса.

Кроме иррадиации и концентрации нервных процессов, для нервной деятельности характерными являются процессы взаимной индукции как возбуждения, так и торможения. Так, если в том или ином участке коры головного мозга появляется торможение, то, согласно закону индукции, в других, соседних, участках коры возникает процесс возбуждения. Наоборот, процесс возбуждения в соседних участках будет вызывать торможение. Усиление процесса возбуждения под влиянием торможения называется положительной индукцией.

Наоборот, усиление процесса торможения под влиянием возбуждения носит название отрицательной индукции. Возникновение иррадиации или индукции зависит от силы нервного процесса.

Из всего сказанного следует, что в головном мозгу благодаря воздействию большого числа всевозможных раздражителей постоянно происходят процессы возбуждения, торможения, иррадиация и концентрация этих основных процессов, а также явления положительной и отрицательной индукции. Все эти физиологические процессы образуют в коре бодрствующего человека, как говорил И. П. Павлов, «функциональную мозаику», которая постоянно меняется, так как основные процессы то усиливаются, то ослабевают, переходя из одного участка мозга на другой и т. д. Тем не менее в результате этой деятельности мы видим весьма упорядоченные, целостные реакции организма на внешние раздражения. Это объясняется тем, что нервные процессы в коре головного мозга протекают в определенной системе. Основу этой системы составляют формирующиеся в результате деятельности нервной системы стереотипные (неоднократно повторяющиеся) нервные процессы.

АНАЛИЗАТОРЫ

Кожный анализатор

Кожные покровы человека весьма обильно снабжены чувствительными окончаниями многообразной структуры и предназначены для восприятия различных внешних воздействий (тепло, холод, давление, прикосновение).

Проследим ход нервного импульса от кожи, на которую нанесено болевое раздражение. Указанный импульс от чувствительных окончаний кожи по нервному стволу направляется в межпозвоночный спинальный ганглий. От клеток этого узла, по волокнам заднего корешка, импульс достигает клеток заднего рога спинного мозга. Аксоны клеток заднего рога через переднюю серую спайку направляются на противоположную сторону, там вступают в боковой столб спинного мозга и в составе спино-таламического тракта (*tractus spino-thalamicus*) достигают клеток зрительного бугра (*thalamus opticus*). Из зрительного бугра волокна поднимаются через внутреннюю капсулу в заднюю центральную извилину коры головного мозга, где расположены корковые клетки чувствительности; они и составляют центральный (корковый) конец данного анализатора. Здесь, в коре, происходят анализ и синтез поступающих импульсов с периферии. Только при условии целостности всего описанного выше пути может быть нормальным

Центр
восприятия
оптических
ощущений

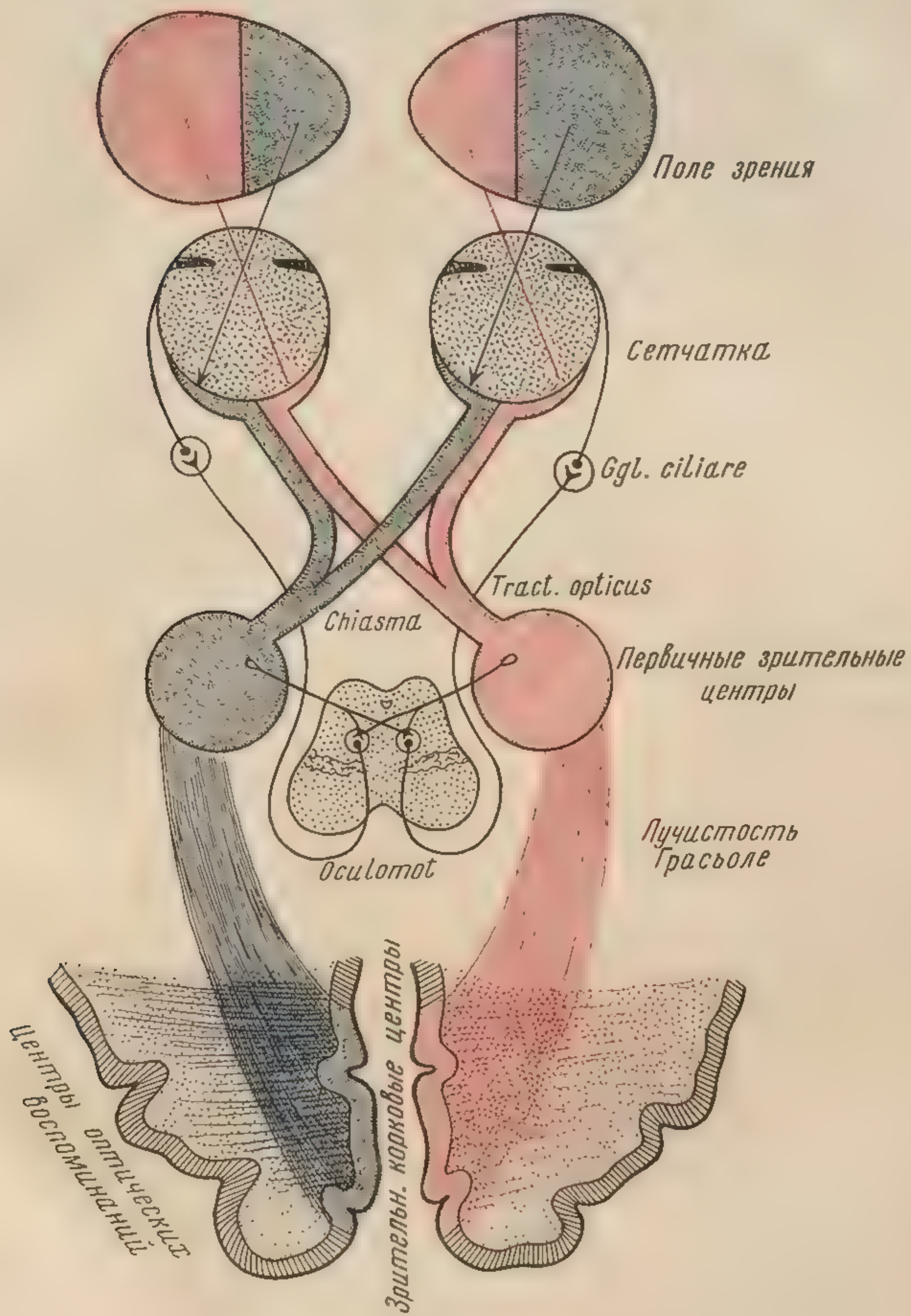


Рис. 14. Схема зрительных путей человека.

ощущение боли, температуры и др. Если этот путь будет поврежден в каком-либо месте, то наступит расстройство того или иного вида чувствительности.

Слуховой анализатор

От звучащего предмета по воздуху распространяются звуковые волны, которые, достигая барабанной перепонки, вызывают в ней колебательные движения. Эти движения через полость среднего уха по слуховым косточкам передаются упругой перепонке овального окошечка. Колебания упругой перепонки обуславливают колебательные движения в перилимфе, а затем и в эндолимфе. Это приводит к соответствующим движениям кортиева органа, что ведет к раздражению нервных окончаний улитки. Отсюда нервный импульс по слуховому нерву направляется в варолиев мост, затем — к задним буграм четверохолмия и к зрительному бугру. Оканчивается слуховой путь в верхних участках коры височной доли. Здесь, в корковом конце анализатора, осуществляется анализ и синтез звуковых ощущений. Если в каком-либо пункте произошло повреждение слухового пути, наступит глухота.

Зрительный анализатор

Световые волны, достигая сетчатки глаза, вызывают физико-химическую реакцию в ее палочках и колбочках: в результате возникает нервный импульс. По зрительным нервам импульс направляется к передним буграм четверохолмия и в зрительный бугор. Следует отметить, что зрительные нервы, до того как им вступить в четверохолмие и зрительный бугор, совершают неполный перекрест, в результате чего часть волокон в каждом зрительном нерве идет от сетчатки другого глаза (рис. 14). От зрительного бугра нервные волокна направляются через внутреннюю капсулу к корковым клеткам затылочной доли. Там, в области шпорной борозды, расположен центральный конец зрительного анализатора.

При развитии болезненного процесса на том или ином отрезке зрительного пути у больного наступит полная или частичная утрата зрения.

Обонятельный анализатор

Нервные клетки, воспринимающие обонятельные раздражения, расположены в слизистой оболочке верхних отделов носовой полости. Отсюда аксоны этих клеток идут в полость черепа и поступают в обонятельные луковицы. От них нерв-

ные волокна направляются к височной доле (внутренняя поверхность), где находятся нервные клетки обонятельного анализатора.

Вкусовой анализатор

Начинается этот анализатор в нервных окончаниях вкусовых сосочков языка, которые представлены в них вкусовыми луковицами. Отходящие от вкусовых луковиц нервные волокна идут в головной мозг и оканчиваются, как и нервы обонятельного анализатора, на внутренней поверхности височной доли.

Двигательный анализатор

Главнейшим путем в системе двигательного анализатора является кортико-спинальный, или пирамидный,

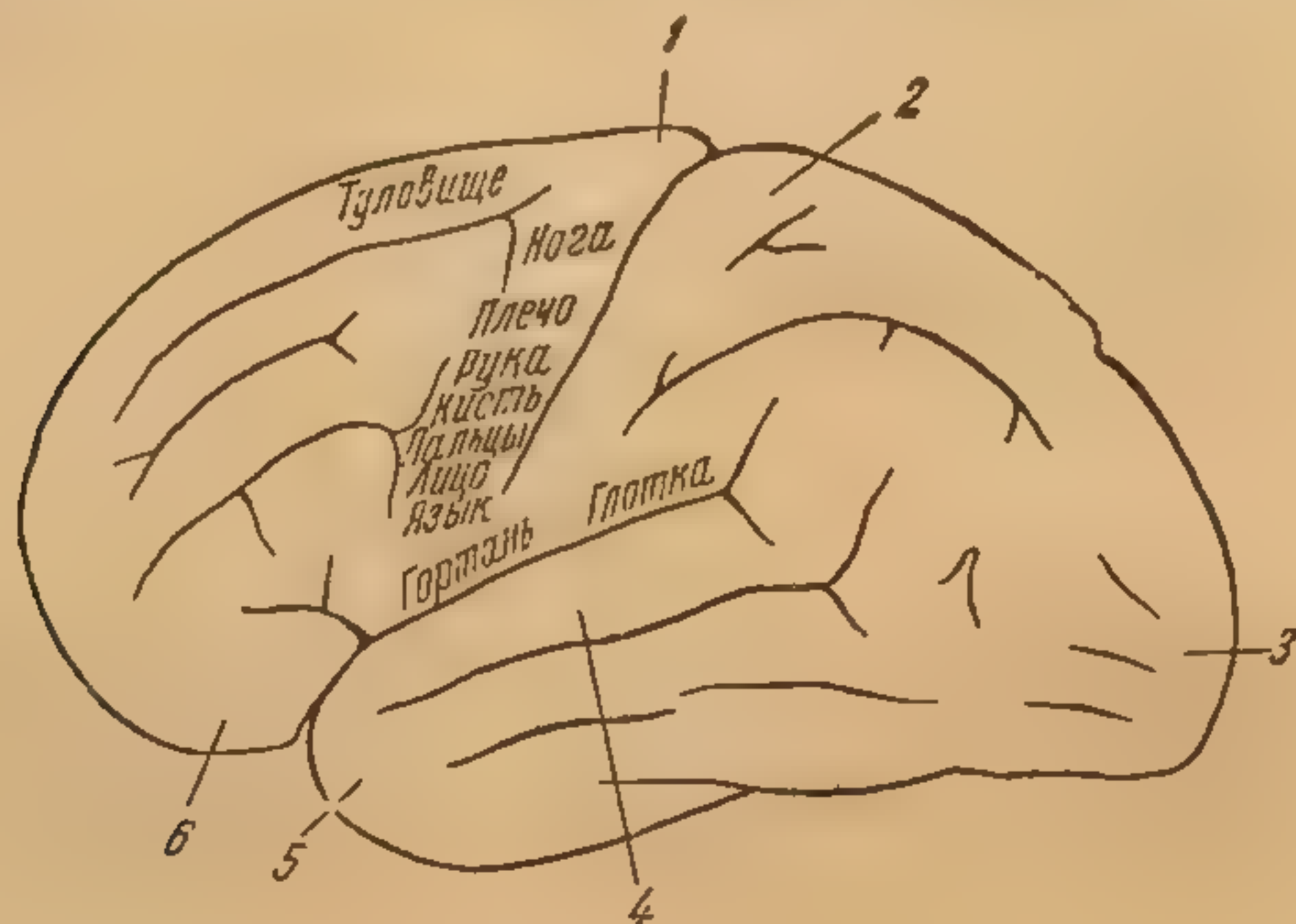


Рис. 15. Схема большого полушария с обозначением областей коры головного мозга по функциям.

1 — двигательная область; 2 — чувствительная область (температурная, болевая, осязательная чувствительность); 3 — зрительная область; 4 — слуховая область; 5 — вкусовая область; 6 — обонятельная область.

путь. Кортико-спинальным он назван потому, что этот проводящий путь связывает кору головного мозга со спинным мозгом. Указанный путь начинается от пирамидных клеток передней центральной извилины коры головного мозга. В самых верхних отделах этой извилины расположены клетки, принимающие участие в иннервации мышц ноги; ниже находится область, обеспечивающая движение мышц туловища и руки; в самой нижней части извилины расположены клетки, имеющие отношение к мышцам лица, гортани и др. (рис. 15).

Отсюда 2-й путь
мозга. 4. Прямой
ки мозга. 4. Прямой
Из места перекреста
рамидный путь

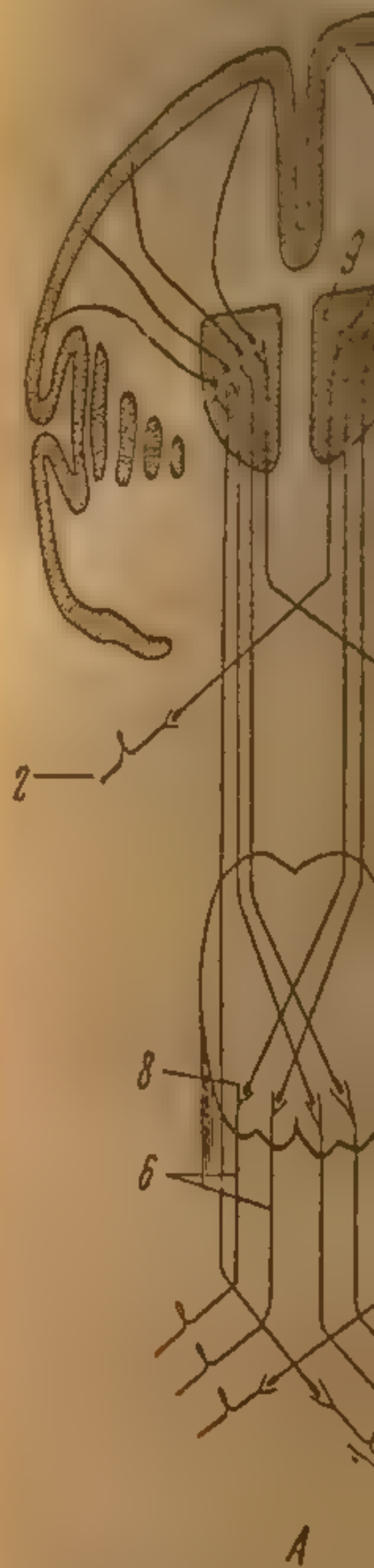


Рис. 16. 1, II и III — двигательная область; 4 — перекрест пирамидного пути; 6 — двигательный черепно-мозговой нерв.

на из левого полушария
из правого полушария
локна в основном
а оттуда подходят
ного мозга (рис. 16).
От передних рогов
него корешка, выходя
к мышцам туловища
волокон). Таким образом
(пирамидный) путь

Отсюда аксоны этих клеток направляются вниз, в глубину мозга, и, пройдя через внутреннюю капсулу, вступают в ножки мозга, далее — в варолиев мост и в продолговатый мозг. На месте перехода продолговатого мозга в спинной мозг пирамидный путь совершает перекрест, так что нервные волок-

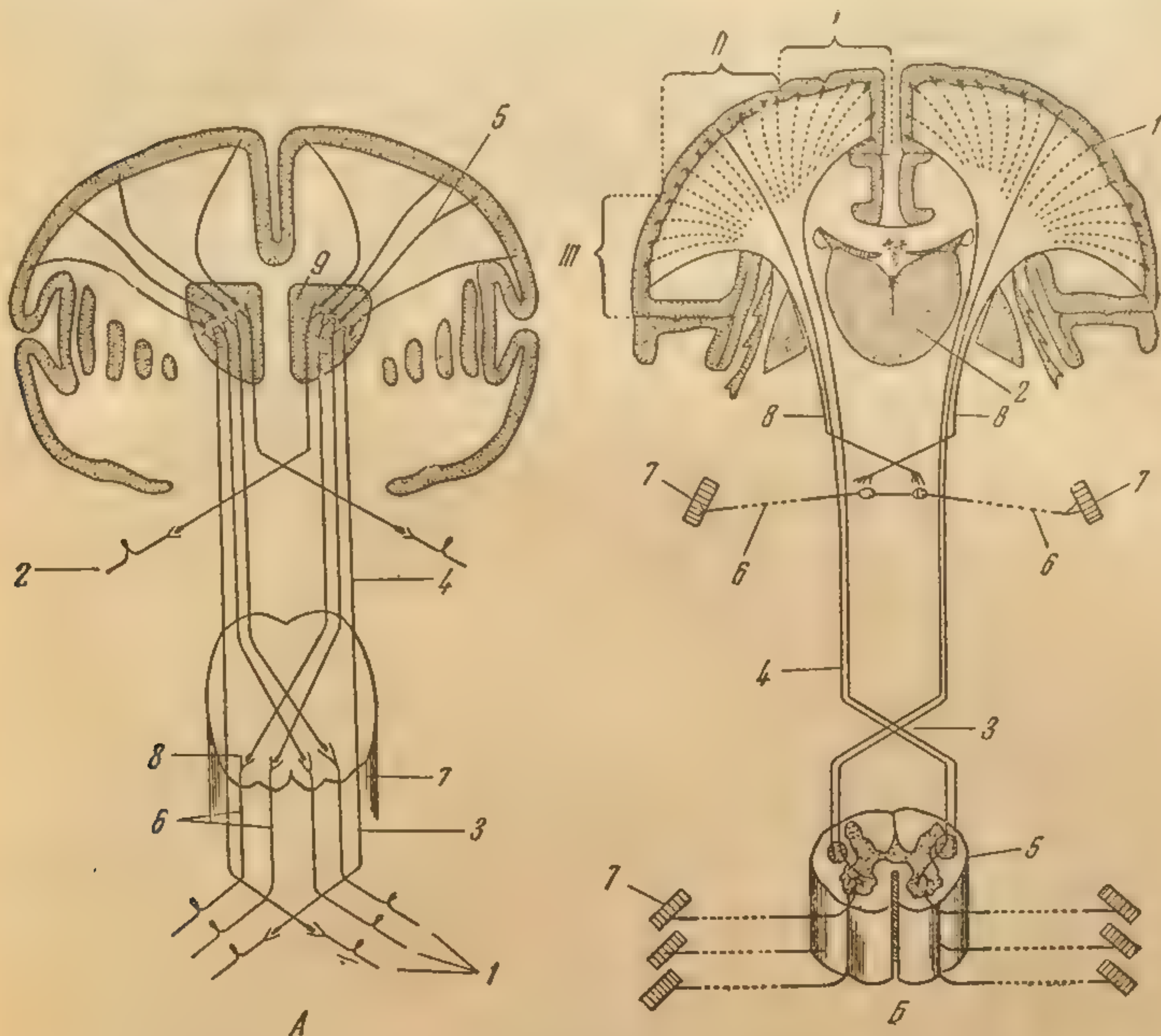


Рис. 16. Схема двигательных проводящих путей.

I, II и III — двигательная область коры; 1 — кора мозга; 2 — зрительный бугор; 3 — перекрест пирамидного пути; 4 — пирамидный путь; 5 — отрезок спинного мозга; 6 — двигательный черепномозговой нерв; 7 — мышцы; 8 — корково-ядерный проводящий путь.

на из левого полушария идут направо и, наоборот, волокна из правого полушария — налево. После этого перекреста волокна в основном идут в боковые столбы спинного мозга, а оттуда подходят к нервным клеткам передних рогов спинного мозга (рис. 16).

От передних рогов нервные волокна идут в составе переднего корешка, выходят из спинного мозга и направляются к мышцам туловища и конечностей (периферические нервные волокна). Таким образом, мы видим, что кортико-спинальный (пирамидный) путь имеет двухнейронное строение. Первый,

центральный, нейрон начинается в пирамидных клетках (большие пирамидные клетки Беца) коры полушарий, второй, периферический, — в клетках передних рогов спинного мозга.

Большую роль в системе двигательного анализатора играют пути, по которым в кору головного мозга (в центральный конец двигательного анализатора) направляются чувствительные импульсы от суставов, связок, сухожилий, суставных сумок, сигнализирующие о состоянии мышц, положении конечностей, туловища. Сложные, целенаправленные произвольные движения могут быть обеспечены только в результате

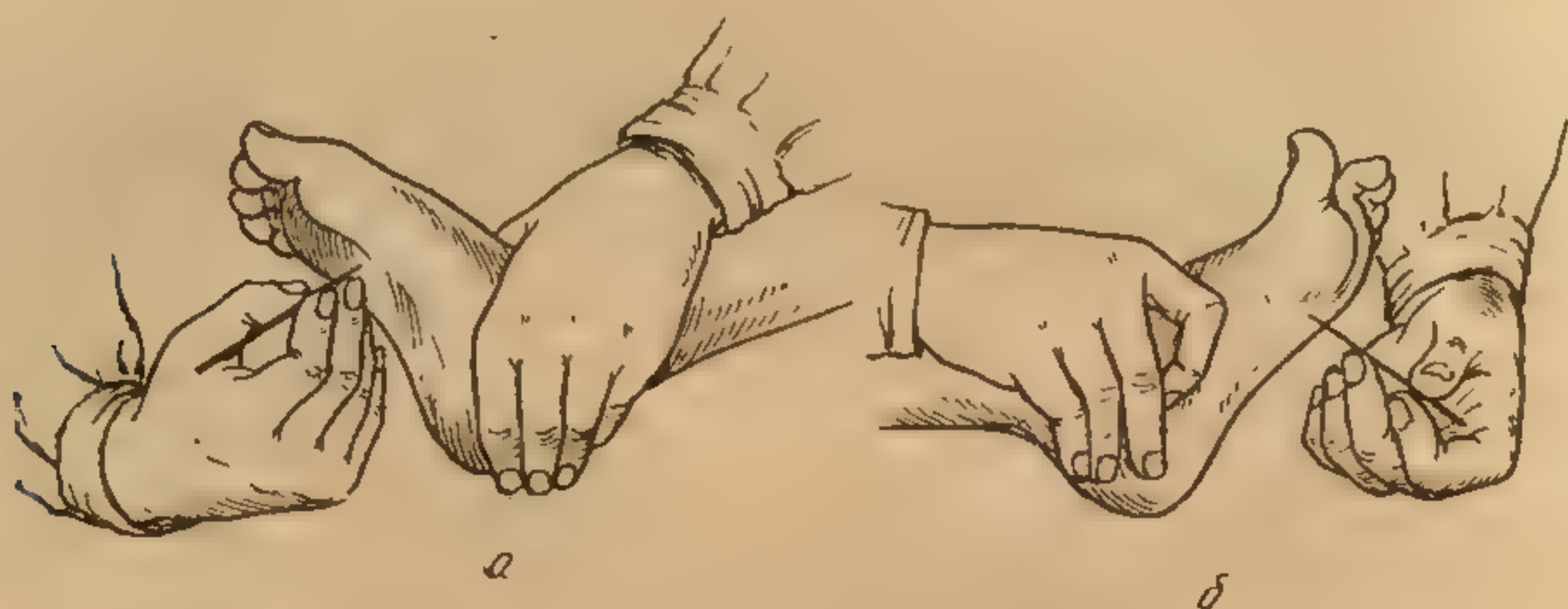


Рис. 17. Подошвенные рефлексy.

а — нормальный подошвенный рефлекс; б — рефлекс Бабинского.

восприятия двигательных и чувствительных импульсов, идущих в кору головного мозга с периферии. Лишь таким путем человек получает правильное представление о положении своих конечностей.

В случаях повреждения кортико-спинального пути в том или ином месте наблюдаются различные расстройства. Если путь прерывается на участке от коры головного мозга до передних рогов (двигательная зона коры головного мозга, внутренняя капсула, ножка мозга, варолиев мост, продолговатый мозг, боковые столбы спинного мозга), развивается картина так называемого центрального паралича.

Центральный, или спастический, паралич в отличие от периферического (вялого) паралича характеризуется следующими основными признаками. Тонус парализованных мышц значительно повышен (отсюда название спастический), сухожильные рефлексy резко повышены. Появляются весьма характерные патологические симптомы: Бабинского, Оппенгейма, Россоломо, Жуковского.

Симптом Бабинского (рис. 17, б) вызывается посредством проведения булавкой или спичкой по наружному краю подошвенной поверхности стопы, обычно от пятки к пальцам. У больного с центральным параличом в ответ на

такое раздражение произойдет разгибание большого пальца и сгибание остальных; у здорового — сгибание всех пальцев стопы, т. е. будет наблюдаться нормальный подошвенный рефлекс (рис. 17, а).

Симптом *Оппенгейма* вызывается посредством раздражения кожных покровов в области передней поверхности голени. При скользящем движении большого пальца по голени в направлении от коленного сустава вниз разгибается большой палец стопы, как и при симптоме *Бабинского*.

Указанные патологические симптомы при центральном параличе объясняются тем, что при перерыве двигательных проводящих путей спинного мозга снимается постоянное влияние, контроль коры головного мозга над нижележащим рефлекторным аппаратом спинного мозга. В спинном мозгу наступает возбуждение, спинальные рефлексы растормаживаются, отсюда повышение их, усиление мышечного тонуса и появление патологических рефлексов, которые не наблюдаются у взрослых здоровых людей. Эти рефлексы можно видеть у здорового человека в возрасте до года (когда ребенок еще не умеет ходить), так как к этому времени не происходит созревания и формирования центральных отделов двигательного анализатора.

В зависимости от уровня, где нарушается целостность пирамидного пути, отмечаются расстройства движений или в руке, или в ноге, или в руке и ноге одновременно. Так, при очаге поражения в спинном мозгу справа, на уровне грудного отдела, возникает спастический паралич правой ноги — *монopleгия*. Если пирамидный путь повреждается в шейном отделе с обеих сторон, развивается паралич рук и ног — *тетраплегия*. Поражение спинного мозга в поясничном отделе с двух сторон вызывает паралич обеих ног — *нижняя параплегия*. При расположении очага во внутренней капсуле (здесь чаще всего бывают кровоизлияния) правого полушария наступает паралич левой руки и левой ноги — *левосторонняя гемиплегия*. Если же очаг размещается в левом полушарии, то, кроме правосторонней гемиплегии, как правило, наступают и речевые расстройства — *афазия*.

При гемиплегии, кроме паралича руки и ноги, у больных наблюдается паралич или неполный паралич (парез) мимической мускулатуры в нижней части лица; угол рта перекашивается в здоровую сторону, язык при высовывании отклоняется в сторону парализованных конечностей. Эти расстройства возникают в связи с тем, что в области внутренней капсулы, кроме волокон, идущих от коры в спинной мозг, проходят проводники от коры к двигательным ядрам черепно-мозговых нервов, расположенным в продолговатом мозгу. Это так называемые *кортико-бульбарные пути*. Пере-

крест нервных волокон этого пути происходит на различных уровнях мозгового ствола, обычно недалеко от соответствующего двигательного ядра того или иного черепномозгового нерва. От двигательного ядра начинается второй нейрон, который направляется к соответствующим мышцам лица, гортани, языка и т. д. Так как мышцы нижней части лица и языка связаны с корой только противоположного полушария, т. е. имеют одностороннюю иннервацию, то при гемиплегии наблюдаются соответствующие нарушения движений: перетягивание угла рта при оскале зубов в здоровую сторону и отклонение языка при высывании в сторону парализованных конечностей.

Мышцы верхней части лица, жевательная мускулатура и мышцы глотки связаны с корой обоих полушарий, т. е. имеют двустороннюю иннервацию — справа и слева, поэтому при гемиплегии не наблюдается отклонения функций в этих мышцах. В случаях же двустороннего поражения двигательной области коры (например, после повторных кровоизлияний) наступают нарушения функций жевательной, глотательной мускулатуры и др. При этом появляются такие симптомы, как дизартрия — расстройство произношения слов, дисфагия — нарушение глотания (больные с таким расстройством часто поперхиваются во время еды и питья). Указанные выше нарушения называются псевдобульбарными параличами в отличие от бульбарных параличей, которые возникают при непосредственном поражении второго нейрона кортико-бульбарного пути, т. е. нейрона, начинающегося в ядре черепномозгового нерва и заканчивающегося в соответствующих группах мышц. В этих случаях наблюдаются отчетливые атрофические изменения в парализованных мышцах.

Во всех случаях двигательных расстройств для уточнения места очага поражения обязательно производят исследование различных видов чувствительности, а именно: болевой, тактильной (чувство прикосновения), температурной, проприоцептивной. Всякое выпадение, отсутствие чувствительности называется анестезией, понижение — гипестезией и, наоборот, повышение чувствительности — гиперестезией.

До сих пор речь шла о расстройстве функций движения, обусловленных нарушением целостности проводящих путей, идущих от двигательного коркового анализатора к мышцам конечностей и туловища. При наличии очага поражения вблизи от передней (двигательной) центральной извилины: опухоль, рубец после травмы, инородное тело вследствие раздражения коры головного мозга у больного могут появиться своеобразные приступы двигательных расстройств, протекающие по типу судорожного, эпилептиформного припадка. В зависимо-

сти от места
пальца с судоро
ноги. Внача
роне, в огра
ваясь, захват
и иногда наз
называемая
ученого Джек
Можно предп
дения, начави
головного моз
ние участки ес
с потерей созн

При наличи
головного моз
холь и др.) мо
движений, нося
шистых подерг
медленности во
чае больные хо
полусогнуты в
нены вперед, л
Мозжечок
системе двигате
мозжечок связа
ной системы. В
вов и мышц кон
бульбарного аппа
нии положения
В ответ на эти с
пульсы к спинно
а далее — по пер
мозжечок связан
трапирамидной с
главным образом
большого количе
ми само по себе
сти его функций.
автоматическая
сохранение равно
ных двигательных
При поражен
дующие нарушен
ходит пошатывая
го человека), отм
дрожание. Х
усилие его при д

сти от места расположения очага эти припадки могут начинаться с судорожных подергиваний руки, мышц лица или ноги. Вначале эти подергивания наблюдаются на одной стороне, в ограниченной группе мышц, затем, постепенно усиливаясь, захватывают все большее количество мышечных групп и иногда наступает общий судорожный припадок. Это так называемая джексоновская эпилепсия (по имени ученого Джексона, впервые описавшего это заболевание). Можно предполагать, что при таком припадке волна возбуждения, начавшаяся в каком-то изолированном пункте коры головного мозга, распространяется (иррадирует) на соседние участки ее и приводит к общему судорожному припадку с потерей сознания.

При наличии патологических очагов в подкорковых узлах головного мозга (последствия перенесенного энцефалита, опухоль и др.) могут наблюдаться своеобразные расстройства движений, носящие характер непроизвольных, крупноразмашистых подергиваний или, наоборот, общей скованности, замедленности всех произвольных движений. В последнем случае больные ходят медленно, мелкими шажками, руки их полусогнуты в локтевых суставах, голова и туловище наклонены вперед, лицо имеет маскообразный вид.

Мозжечок. Мозжечок играет очень большую роль в системе двигательного анализатора. Тремя парами ножек мозжечок связан с различными отделами центральной нервной системы. В мозжечок постоянно идут импульсы от суставов и мышц конечностей, туловища, глазных мышц и от вестибулярного аппарата. Эти импульсы сигнализируют об изменении положения всего тела и его частей в пространстве. В ответ на эти сигналы из мозжечка автоматически идут импульсы к спинному мозгу в передние (двигательные) рога, а далее — по периферическим нервам к мышцам. Кроме того, мозжечок связан с подкорковыми центрами движения (с экстрапирамидной системой), а также с корой головного мозга, главным образом с ее лобными долями. Наличие такого большого количества связей мозжечка с различными системами само по себе свидетельствует о многообразии и сложности его функций. Главнейшей функцией мозжечка является автоматическая регуляция движений, которая обеспечивает сохранение равновесия тела, точность и соразмерность сложных двигательных актов.

При поражении мозжечка чаще всего наблюдаются следующие нарушения: расстраивается походка, так что больной ходит пошатываясь (походка его напоминает походку пьяного человека), отмечается так называемое интенционное дрожание. Характерным для этого дрожания является усиление его при движении, особенно в конце движения, при

приближении к цели. В руках это дрожание хорошо выявляется при исследовании пальце-носовой пробы. При проведении такой пробы больному предлагают с закрытыми глазами дотронуться указательным пальцем до кончика носа; по мере приближения пальца к носу больной совершает все более частые размахистые движения рукой и нередко при этом промахивается. С другой стороны, с помощью этой же пробы можно выявить еще один патологический симптом — мозжечковую атаксию. Рука больного при этом делает несколько колеблющихся движений, он попадает вытянутым пальцем не в кончик носа, а в глаз, щеку или в переносицу. С этой же целью проводят так называемую пяточно-коленную пробу. Для этого больному предлагают лечь на спину, закрыть глаза, пяткой одной ноги попасть на колено другой и провести пяткой вниз по голени. В случае мозжечковой атаксии также будут отмечаться промахивания и большие затруднения в выполнении задания.

Движения больных с поражением мозжечка при сохранении силы мышц бывают неточными, несоразмеренными. Они носят то более, то менее выраженный неуклюжий характер. Обращает на себя внимание снижение мышечного тонуса — гипотония мышц.

При отведении глазных яблок в сторону и при попытке задержать их в данном положении наблюдаются колебательные движения глазных яблок. Этот симптом называется нистагмом. Перечисленные двигательные расстройства наблюдаются на стороне поражения мозжечка.

Нередко при заболевании мозжечковых систем можно отметить изменения в речи больных. Речь их теряет свою плавность, отдельные слова произносятся как бы разделенными на слоги — так называемая скандированная речь.

КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ О ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЕ

Деятельность всех внутренних органов подчинена регулирующему влиянию высшего отдела головного мозга — коры. Это положение, установленное И. П. Павловым, было в дальнейшем разработано его учеником К. М. Быковым. Наряду с корковой регуляцией внутренних органов (кортико-висцеральные взаимоотношения) имеется и обратная связь: от внутренних органов в кору головного мозга постоянно идут нервные импульсы, свидетельствующие о ходе работы внутренних органов (висцеро-кортикальные взаимоотношения).

В настоящее время твердо установлено условнорефлекторное влияние коры на деятельность внутренних органов. Так,



Рис.
1 — гру
II — по
ные уз
узел ст
6 — ве
7 — сер
II — по
13 — по

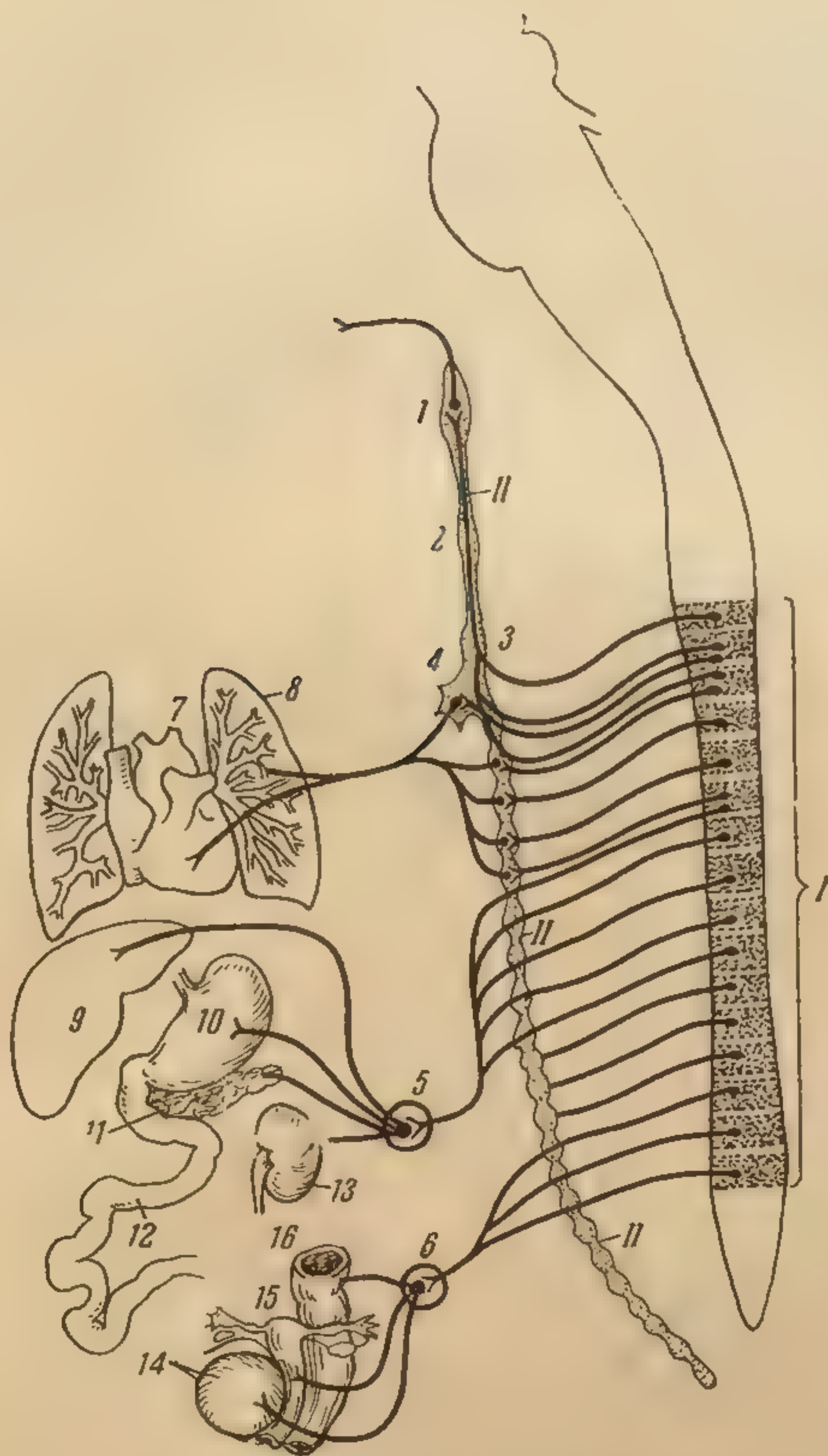


Рис. 18. Схема выхода симпатических волокон и области их распространения.

I — грудной и поясничный отделы спинного мозга;
 II — пограничный симпатический ствол. 1, 2, 3 — шейные узлы симпатического ствола; 4 — первый грудной узел симпатического ствола; 5 — солнечное сплетение; 6 — вегетативное сплетение в полости малого таза; 7 — сердце; 8 — легкое; 9 — печень; 10 — желудок; 11 — поджелудочная железа; 12 — тонкий кишечник; 13 — почка; 14 — мочевой пузырь; 15 — матка; 16 — прямая кишка.

Физиологический разлом: первичная реакция (выделение

применяя условнорефлекторный раздражитель, можно повлиять на увеличение или уменьшение отделения мочи почками, на усиление или ослабление перистальтики кишечника, на ускорение или замедление сердечной деятельности и т. п. Анатомическим субстратом, обеспечивающим эти взаимоотношения, является вегетативная нервная система. Все внутренние органы имеют нервные окончания, которые служат воспринимающим аппаратом для самых разнообразных раздражителей (механические, химические). Эти нервные окончания носят название интерорецепторов.

Вегетативная нервная система подразделяется на два отдела: симпатический и парасимпатический. Симпатическая нервная система представлена в организме рядом образований. Нервные волокна этой системы выходят из грудного и поясничного отделов спинного мозга (боковые рога). По выходе из позвоночника нервные волокна образуют узлы, которые соединены между собой и располагаются вдоль позвоночника в виде цепочки — это так называемый пограничный ствол (*truncus sympathicus*) (рис. 18). Правый и левый пограничные стволы состоят: из 3 шейных симпатических узлов, 12 грудных, 5 поясничных, 4 крестцовых и 1 копчикового. От этих узлов отходят так называемые постганглионарные (послеузловые) волокна, которые направляются к внутренним органам и сосудам, к гладкой мускулатуре, к железам.

Волокна парасимпатической нервной системы берут свое начало в среднем и продолговатом мозгу, а также в крестцовом отделе спинного мозга. Главным представителем этого отдела вегетативной нервной системы является блуждающий нерв (*n. vagus*), который начинается в ядрах продолговатого мозга. Волокна его направляются ко всем внутренним органам грудной и брюшной полости; органы, расположенные в малом тазу, иннервируются из крестцового отдела спинного мозга (рис. 19).

Симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы тесно связаны между собой как анатомически, так и функционально. Оба отдела вегетативной нервной системы регулируются высшими вегетативными центрами, сосредоточенными в гипоталамусе. В свою очередь они подчинены регулирующему действию коры больших полушарий.

Физиологической основой этой деятельности является рефлекс, дуга которого может быть представлена следующим образом: нервные импульсы от внутреннего органа по задним корешкам спинного мозга достигают нервных клеток боковых рогов, от которых ответная реакция идет к внутреннему органу. Реакция эта может быть двигательной или секреторной (выделение желудочного сока, желчи).

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ

КЛАССИФИКАЦИЯ НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Все нервные болезни могут быть разделены в зависимости от преимущественного поражения того или иного отдела нервной системы на пять больших групп.

I. Болезни периферической нервной системы: невралгии, невриты и полиневриты.

II. Болезни спинного мозга: сухотка спинного мозга, миелит, опухоли, полиомиелит, травмы, сирингомиелия, амiotрофический боковой склероз, рассеянный или множественный склероз, прогрессивная мышечная дистрофия.

III. Болезни головного мозга: опухоли, травмы, сосудистые поражения (расстройства мозгового кровообращения), энцефалиты, менингиты, абсцесс головного мозга, малая хорей.

IV. Заболевания вегетативной нервной системы: ограниченный отек (отек Квинке), мигрень и др.

V. Неврозы: истерия, неврастения, психастения и невроз навязчивых состояний (изложено в разделе «Психиатрия»).

Приведенный перечень не исчерпывает всех форм заболеваний, в нем лишь упоминаются те, которые вошли в настоящий учебник.

Подобная классификация нервных болезней на пять групп в значительной мере является условной, так как нередко при одном и том же заболевании в патологический процесс вовлекаются и головной, и спинной мозг, а иногда и периферическая часть нервной системы. Особенно это касается случаев, когда причиной болезни является инфекция. Так, например, выделенные в группу заболеваний головного мозга менингиты, как правило, сопровождаются поражением оболочек спинного мозга и, наоборот, спинной сухотке (в группе заболеваний спинного мозга) нередко сопутствует поражение головного мозга; то же касается полиомиелита и некоторых

других заболеваний. Подразделение нервных болезней может осуществляться и по этиологическому принципу.

Причины нервных заболеваний самые разнообразные. Большое место занимают болезни, обусловленные инфекцией (энцефалиты, менингиты, полиомиелиты, спинная сухотка, малая хорея и некоторые формы полиневритов).

Часто поражения нервной системы связаны с расстройством мозгового кровообращения (кровоизлияние в мозг при гипертонической болезни и церебральном атеросклерозе, тромбозы и эмболии сосудов головного мозга).

Нередко причиной заболевания нервной системы являются травмы головного, спинного мозга и периферических нервов, опухоли головного и спинного мозга, реже — эхинококк и цистицерк.

Иногда нервные болезни связаны с острой или хронической интоксикацией организма: алкоголь, мышьяк, свинец и др.

Есть небольшая группа заболеваний, при которых причиной поражения нервной системы является нарушение обмена веществ. Существенное место среди нервных болезней, которые также изучаются и психиатрами, занимают психогении, т. е. заболевания, возникшие под влиянием острых или длительных психических переживаний. Сюда относятся невроты. Следует помнить, что некоторые органические заболевания (в основе которых лежит анатомическое повреждение мозга) в своем течении, особенно вначале, могут давать клинические картины, подчас трудно отличимые от наблюдаемых при функциональных заболеваниях нервной системы, при которых не обнаруживаются анатомических изменений в мозгу (например, невроты). Так, первыми проявлениями рассеянного склероза могут быть симптомы, напоминающие истерию. Часто наблюдается сочетание органических признаков болезни с функциональными.

БОЛЕЗНИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

НЕВРАЛГИИ

Невралгии характеризуются болью, распространяющейся по ходу того или иного нерва, и обычно не сопровождаются существенными нарушениями функции соответствующего органа или мышцы. В зависимости от того, какой нерв оказывается пораженным, говорят о различных невралгиях. Так, например, чаще встречаются невралгии седалищного нерва, невралгия тройничного нерва, невралгия затылочного нерва.

Невралгия седалищного нерва (*neuralgia n. ischiadici*),
или ишиас

Симптомы. Невралгия седалищного нерва характеризуется наличием то более, то менее резких болей по ходу седалищного нерва той или иной стороны. Обычно процесс развивается остро; иногда появлению болей предшествуют неприят.



Рис. 20. Исследование симптома Ласега (а, б).

ные ощущения в ноге, в поясничной области; больные жалуются на чувство тяжести в ноге, на быструю утомляемость в ней.

Надавливание по ходу седалищного нерва резко болезненно. Обычно имеются следующие болевые точки; в области ягодичной складки, в подколенной ямке и позади внутренней лодыжки. Весьма постоянным признаком является болезненность по ходу нерва при натяжении его — симптом Ласега. Указанный симптом исследуется таким образом: больной ло-

жится на спину, выпрямленную больную ногу поднимают вверх (рис 20, а). В момент поднятия ноги больной отмечает боль по всей задней поверхности ее; при сгибании ноги в коленном суставе (рис. 20, б) болезненность по ходу нерва исчезает. Такие же болевые ощущения возникнут, если больной наклонит туловище вперед и вниз (достать пол руками), не сгибая ног в коленных суставах.

Нередко при ишиасе отмечается боковое искривление позвоночника; это рефлекторная защитная поза (рис. 21). В таком положении болевые ощущения ослабевают.

Причины возникновения невралгии седалищного нерва разнообразны. Нередко в случаях упорного ишиаса обнаруживаются патологические изменения позвонков с нарушением их формы, что ведет к травмагизации нервных корешков, выходящих через межпозвоночные отверстия. Иногда причиной ишиаса являются перенесенные инфекции (грипп, малярия, ревматизм), некоторые гинекологические заболевания, а также местное охлаждение, простудные моменты, особенно в случаях перехода из жаркого помещения в холодное.

В случаях, когда невралгия седалищного нерва обуславливается раздражением поясничных и крестцовых корешков, говорят о пояснично-крестцовом радикулите. В этих случаях больные жалуются на боли в пояснице с отдачей в ногу или в обе ноги. Боли эти усиливаются при малейшем движении. Так, лежа на спине, больной испытывает усиление болей в пояснице при поднимании головы, при смехе, кашле, чиханье. Особенно затруднительным бывает переход из горизонтального положения в вертикальное, и наоборот.

Длительность острой невралгии седалищного нерва или пояснично-крестцового радикулита от 2 до 6 недель. При этом могут быть светлые промежутки в несколько дней с последующим обострением болевого синдрома.

При более длительном, затяжном течении ишиаса необходимо тщательно обследовать позвоночник, а также исключить опухолевый процесс в спинном мозгу или тазовых органах. В последнем случае, кроме болевых симптомов, обнаружива-



Рис. 21. Правосторонний ишиас. Рефлекторная защитная поза.

ются признаки неврита: ослабевают или исчезают сухожильные рефлексы, появляется похудание мышц, наступает снижение или совсем пропадает болевая чувствительность.

Лечение. Самым распространенным методом лечения ишиаса является применение тепла: горячий песок, грелки. Подогретый сухой песок (или поваренную соль) высыпают в мешочки и укладывают их вдоль задней поверхности ноги. Широко используется прогревание соллюксом, синим светом; назначают аппликации озокерита, УВЧ.

Из других физиотерапевтических средств пользуются кварцем, парафином, гальванизацией с антипирином, диатермией. В случаях выраженных и упорных болевых ощущений больным иногда вводят внутрикожно 15—25 мл 0,25—0,5% раствора новокаина по ходу седалищного нерва. Эту процедуру можно повторять через 3—4 дня.

Полезны инъекции 5% раствора витамина В₁, 0,005% раствора витамина В₁₂. Внутрь назначают пирамидон, аспирин, анальгин. При рецидивирующем ишиасе показано курортное лечение с применением грязей, сероводородных ванн; иногда хирургическое лечение.

Невралгия тройничного нерва (*neuralgia n. trigemini*)

Симптомы. Невралгия тройничного нерва характеризуется появлением резких, приступообразно возникающих болей острого, режущего или жгучего характера. Как правило, приступ болей начинается внезапно, длится несколько секунд или минут, после чего так же внезапно прекращается. В зависимости от того, какая ветвь тройничного нерва поражена, болевые ощущения будут захватывать различные отделы лица и головы. Во время приступа боли распространяются по одной, двум или всем трем ветвям нерва на одной стороне лица и головы; иногда боли переходят с одной ветви на другую. Боли могут отдавать в ухо, глаз, шею, затылок. Невралгический приступ сопровождается судорожным сокращением лицевой мускулатуры, покраснением кожных покровов, потоотделением, усиленным слезотечением, слюноотделением и отделением слизи из носа. Приступы болей возникают или без всякой видимой причины, или провоцируются какими-либо дополнительными раздражениями: жевание пищи, разговор, бритье и т. п. В период между приступами никаких объективных признаков болезни, как правило, не обнаруживается. Иногда можно отметить болезненность при ощупывании нервных стволов в определенных точках лица.

Эта форма невралгии является одной из самых мучительных. Больные с ужасом вспоминают о жестоких болях во время приступа. Поэтому они всячески оберегают кожу лица от

лишних прикосновений о местах расположения пальца. Причины заболевания являются различные факторы, приводящие к воспалению нервных окончаний. Важную роль играют нарушения кровообращения в сосудах, питающих нервы. Иногда заболевание связано с заболеваниями внутренних органов, например, с сахарным диабетом.

Лечение. В первую очередь необходимо устранить причину заболевания. Если это невозможно, то проводят лечение с помощью различных препаратов: пирамидона, анальгина, аспирина. Также применяют тепловые процедуры: грелки, горячие ванны. Иногда используют физиотерапевтические методы: электрофорез, ультрафиолетовое облучение.

Невралгия затылочного нерва

Симптомы. Заболевание характеризуется приступами резких болей в затылке, которые могут распространяться на шею, виски, лоб. Боли возникают внезапно, длятся от нескольких минут до нескольких часов. Иногда боли сопровождаются покраснением кожи, отеком, повышением температуры. Приступы болей возникают чаще всего в вечернее или ночное время. Иногда боли возникают при движении головы, при наклонах, поворотах. Иногда боли возникают при надавливании на затылок.

Лечение. Лечение невралгии затылочного нерва заключается в устранении причины заболевания. Если это невозможно, то проводят лечение с помощью различных препаратов: анальгина, аспирина, пирамидона. Также применяют тепловые процедуры: грелки, горячие ванны. Иногда используют физиотерапевтические методы: электрофорез, ультрафиолетовое облучение.

лишних прикосновений, вплоть до того, что, рассказывая врачу о местах распространения болей, не прикасаются к этим участкам пальцем; часто больные боятся обследования.

Причина. Нередко причиной невралгии тройничного нерва являются такие инфекции, как малярия, туберкулез, сифилис. Важную роль в возникновении невралгии играют моменты, приводящие к сдавлению ветвей тройничного нерва в костных отверстиях лицевого скелета, через которые они выходят из полости черепа. Иногда невралгия тройничного нерва связана с воспалительными процессами в области придаточных пазух носа, болезнями зубов. Большое значение в возникновении невралгии придается нарушению обмена веществ: подагре, сахарному диабету.

Лечение. В каждом случае невралгии тройничного нерва необходимо по возможности вскрыть истинную причину ее и проводить лечение основного заболевания. Симптоматическое лечение сводится к назначению витамина В₁, В₁₂, регенератора, пирамидона, аспирина, антипирина, фенаcetина. Местно применяют тепло (грелки), согревающие компрессы; применяются также синий свет, соллюкс, ионогальванизация с антипирином или аконитином, рентгенотерапия. Производится также блокада нервов путем введения новокаина, спирта. Реже применяется хирургическое вмешательство.

Так как каждый приступ болей сопровождается чувством страха, а также имеет место тревожное ожидание возможности нового приступа, необходимо успокоить больного, отвлечь его. Это важно сделать потому, что при частых приступах у некоторых больных наступают периоды полного отчаяния и появляются мысли о самоубийстве.

Невралгия затылочного нерва (*neuralgia n. occipitalis*)

Симптомы. Характерными признаками этой невралгии являются приступообразные боли в области затылка с отдачей болей в шею, в спину. Кроме того, больные жалуются на наличие постоянного ощущения тупых болей во всей задней поверхности головы. Во избежание болевых ощущений больные иногда держат голову в определенном, вынужденном положении. При ощупывании обнаруживаются болевые точки, чаще всего посередине между сосцевидным отростком и верхним шейным позвонком. Если невралгия длится долго, то иногда отмечается гиперестезия в области волосистой части головы: больные испытывают неприятное чувство в коже затылка при расчесывании волос.

Причина. Как и при других невралгиях, причиной чаще являются перенесенные инфекции (грипп, малярия и др.),

а также такие заболевания позвоночника, как спондилартроз, шейный остеохондроз.

Лечение. Местно применяется тепло в виде соллюкса, синего света, горчичников. Рекомендуются ионизация с антипирином, йодистым калием, аконитином. По миновании острых болей показан массаж задней поверхности шеи, лечебная физкультура. Внутрь назначают антинеуралгические средства, производят инъекции витамина В₁, В₁₂, регенератора.

Межреберная невралгия (neuralgia n. intercostalis)

Симптомы. Для межреберной невралгии характерны приступообразные боли в межреберных промежутках, обычно с одной стороны, на фоне постоянных ноющих болей. Боли, как правило, усиливаются при движениях, глубоком вдохе, кашле, чиханье. Ощупывание соответствующего межреберного промежутка болезненно.

Причина. Возникновение этой формы невралгии связывают с перенесенным гриппом, малярией. Кроме того, межреберная невралгия отмечается при заболеваниях позвоночника, после перелома ребер (костная мозоль) и при заболеваниях органов грудной полости (плевра, легкие). Иногда в основе межреберной невралгии лежит поражение межпозвоночного узла. В этих случаях наряду с описанными выше болями по ходу межреберного нерва имеются высыпания на соответствующем участке кожи (по ходу нерва) грудной клетки в виде мелких пузырьков. По своей форме они очень похожи на высыпания, появляющиеся иногда в области губ при лихорадочных заболеваниях (так называемый герпес). Такая форма невралгии межреберного нерва с высыпаниями на коже получила название опоясывающего лишая (herpes zoster). Длительность заболевания 2—3 недели. Опоясывающий лишай вызывается фильтрующимся вирусом.

Лечение. При опоясывающем лишае показаны внутривенное вливание 5—10 мл 40% раствора уротропина через день, аспирин, пирамидон. Иногда назначают инъекции пенициллина. Из физиотерапевтических средств применяют кварц (при отсутствии туберкулеза легких). Для уменьшения чувства жжения в коже, где имеются высыпания, рекомендуется припудривание высыпаний белым стрептоцидом.

НЕВРИТЫ

Невритом называется воспаление нерва. Воспалительный процесс в нервах может возникнуть как осложнение после инфекционного заболевания. Чаше невриты наблюдаются после брюшного и сыпного тифов, а также после дифтерии, пневмонии, гриппа, ревматизма и других инфекций, в том числе

и вирусных
ритов в г
алкоголем.
бывают нев
ствами (мы
обозначают
шее вследст
костей, ране
Воспален
множественн
Основным
нервов в на
двигательных
паралич) или
атония и атр
ное отсутстви
быть так наз
чение ее, сухо
ломкость ногт

Неври

Симптомы. Рез или паралич
стороне поража
метрия лица: р
складка на сто
рта на этой сто
брови вверх, на
наморщивание
оскаливании зу
угла рта в здог
надуть щеки,
закрывать глаз
ется («заячий
двигательным
сти не бывает.
Причина.
в результате ин
рают так называ
редко причиной
ясняется тем, что
полости. Так как
зу, то воспаление
ском процессе в
ражение ядра ли
выше картине нев

и вирусных. Способствующим моментом возникновения невритов в ряде случаев является хроническое злоупотребление алкоголем. Кроме невритов инфекционного происхождения, бывают невриты, связанные с отравлениями ядовитыми веществами (мышьяк, свинец, алкоголь и др.). Термином «неврит» обозначают и травматическое поражение нервов, возникающее вследствие огнестрельного ранения, открытого перелома костей, ранения нерва режущим инструментом и т. д.

Воспаление одного нерва называется **моноевритом**, множественное поражение нервов — **полиневритом**.

Основными симптомами неврита являются: боль по ходу нервов в начале заболевания, в дальнейшем — выпадение двигательных и чувствительных функций — парез (неполный паралич) или паралич периферического типа (появляются атония и атрофия мышц с арефлексией), снижение или полное отсутствие болевой чувствительности. Кроме того, могут быть так называемые трофические изменения в коже: истончение ее, сухость, выпадение волос, изменение окраски кожи, ломкость ногтей.

Неврит лицевого нерва (neuritis n. facialis)

Симптомы. При неврите лицевого нерва отмечается парез или паралич мимической мускулатуры половины лица на стороне пораженного нерва. Бросается в глаза резкая асимметрия лица: рот перекошен в здоровую сторону, носогубная складка на стороне поражения значительно сглажена, угол рта на этой стороне опущен (рис. 22). При попытке поднять брови вверх, наморщить лоб происходит поднятие брови и наморщивание лба лишь на здоровой половине лица. При оскаливании зубов еще заметнее становится перетягивание угла рта в здоровую сторону. Иногда больному не удается надуть щеки, свистнуть. Если больному предложить плотно закрыть глаза, то на парализованной стороне глаз не закроется («заячий глаз»). Так как лицевой нерв относится к чисто двигательным нервам, то обычно расстройств чувствительности не бывает.

Причина. Чаще всего неврит лицевого нерва возникает в результате инфекционных заболеваний. Большую роль играют так называемые простудные моменты, охлаждение. Нередко причиной является заболевание среднего уха. Это объясняется тем, что лицевой нерв находится вблизи барабанной полости. Так как этот нерв проходит через околоушную железу, то воспаление ее может вызвать неврит. При патологическом процессе в стволе головного мозга может наступить поражение ядра лицевого нерва, что и приведет к описанной выше картине неврита.

Лечение. При так называемых простудных и гриппозных невритах лицевого нерва широко применяются аспирин, салициловый натрий. Рекомендуются лечение пенициллином, внутривенное вливание уротропина. Назначают тепловые процедуры, диатермию, синий свет. В случае обнаружения заболевания уха необходимо принять соответствующие лечебные меры. В период восстановления движений показаны массаж, лечебная гимнастика и ритмическая электризация. Для улучшения проводимости нерва назначают 0,02 г дибазола 3 раза в день, инъекции витамина B_1 , B_{12} , прозерин. В случае неполного смыкания век во избежание заболевания роговицы глаза от высыхания необходимо систематически закапывать вазелиновое масло и носить защитную повязку.



Рис. 22. Паралич левого лицевого нерва.

Острый неврит лицевого нерва при своевременном лечении через 3—4 недели может полностью ликвидироваться. В ряде случаев болезнь принимает более длительное течение.

Неврит лучевого нерва (neuritis n. radialis)

Симптомы. Самым характерным симптомом этого неврита является свисание кисти. Если больному предложить вытянуть руки вперед, то кисть на стороне поражения будет свисать вниз (рис. 23), больной не может разогнуть кисть и пальцы.

Причина. Обычно этот неврит, как и остальные невриты конечностей, возникает в результате травмы предплечья. Поражение лучевого нерва встречается чаще еще и потому, что этот нерв легко подвергается сдавлению в среднем отделе плеча, где он огибает плечевую кость, переходя с



Рис. 23. Положение левой руки при параличе лучевого нерва.

внутренней
сдавление
ка лежит на
щего. В состо
заснуть в по
эти фактора сп

Неврит

Симптомы
фаланговых суст

Ри



Рис. 25.

чивается возможност
суставах. Все это пр
нервом когтеобразно
чувствительности пр

внутреннезадней поверхности ее на наружно-переднюю. Часто сдавление этого нерва происходит во сне, когда вытянутая рука лежит на твердом предмете и на нее положена голова спящего. В состоянии сильного опьянения человек легко может заснуть в подобной позе и подвергнуться охлаждению. Оба эти фактора способствуют возникновению неврита.

Неврит локтевого нерва (*neuritis n. ulnaris*)

Симптомы. Больной не может согнуть пальцы в пястно-фаланговых суставах, свести и развести пальцы кисти, утра-



Рис. 24. Положение пальцев при параличе локтевого нерва.

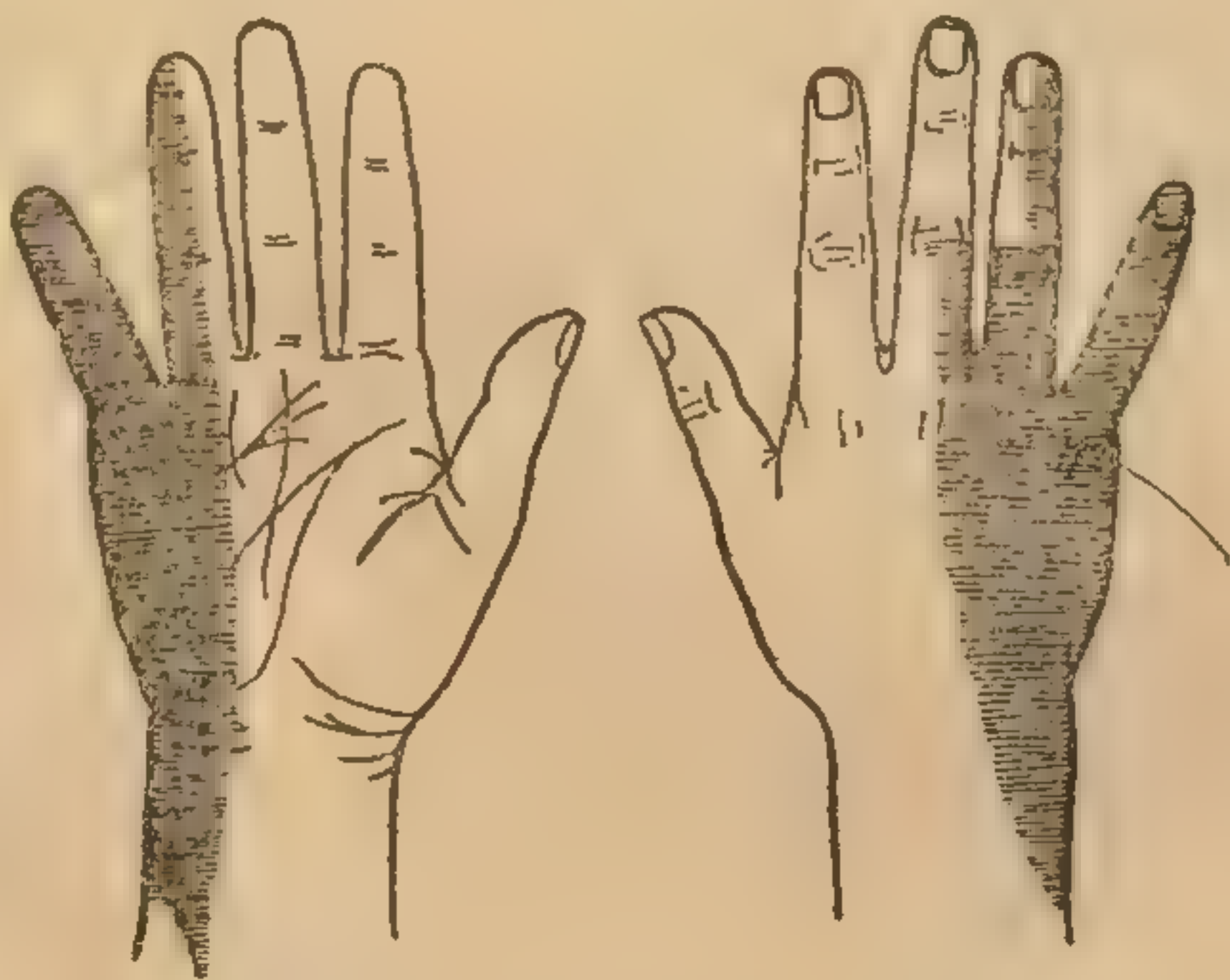


Рис. 25. Территория чувствительной иннервации локтевого нерва.

чивается возможность разгибания пальцев в межфаланговых суставах. Все это придает кисти с пораженным локтевым нервом когтеобразное положение (рис. 24). Зона расстройства чувствительности при этом неврите изображена на рис. 25.

Неврит срединного нерва (*neuritis n. mediani*)

Симптомы. Больной утрачивает возможность пронировать предплечье, противопоставлять большой палец (не может прикоснуться большим пальцем к мизинцу), сгибать кисть и сжимать пальцы в кулак. Неврит срединного нерва встречается реже, чем воспаление локтевого нерва. Иногда они возникают совместно. Чувствительность расстраивается (гипестезия или анестезия) на наружной поверхности ладони и ладонной поверхности I, II, III и половины IV пальца, а на тыле кисти — на концевых фалангах трех средних пальцев.

Неврит седалищного нерва (*neuritis n. ischiadici*)

Симптомы. Первым признаком заболевания являются боли по ходу нерва. В дальнейшем, если имеется поражение седалищного нерва в верхних участках его, утрачивается возможность сгибания ноги в коленном суставе, парализуются все мышцы стопы. Чувствительность расстраивается на наружной поверхности голени и на стопе. Рефлекс с ахиллова сухожилия не вызывается. Несколько чаще поражается одна из ветвей седалищного нерва — малоберцовый нерв (*n. peroneus*). В этом случае наблюдается отвисание стопы (рис. 26), больной не может встать на пятку, не прикасаясь к полу остальной частью стопы. Поэтому больные с таким поражением во время ходьбы, чтобы не задевать носком пола, высоко поднимают колено и как бы выбрасывают стопу вперед. В случаях двустороннего поражения этих нервов походка больного приобретает своеобразный вид. Она получила название петушиной походки. Как уже было сказано в начале раздела, изолированные невриты особенно часто наблюдаются при травмах, реже — после инфекций и отравлений. При полном перерыве нерва развивается периферический, вялый паралич со свойственными ему признаками. В некоторых случаях, при частичном разрушении нерва, больные испытывают очень сильные, жгучего характера боли. Они возникают самопроизвольно, но иногда усиление их обуславливается даже теми раздражителями, которые не направлены на кожные покровы. Так, например, боли могут усиливаться от громких звуков, яркого света. Ввиду своеобразия этих болей они получили название каузалгии. Такие больные плохо спят, бывают крайне возбудимыми, раздражительными, часто отказываются разговаривать. Боли эти уменьшаются от холодной воды, поэтому больные сами прикладывают полотенце, смоченное водой, или погружают больную конечность в воду.

Лечение
перерывом нер
тельство, во
го и перифер
ков поврежде
В дальнейшем
становления
чувствительнос
применяют инь
мина В₁, В₁₂, д
зерин, физioter
ванизация, фа
Очень большо
имеют лечебная
ра, массаж. Эт
тия важны в це
реждения ослож
бенно при длите
левании) в виде
и сухожильных
а также развити
вижности в суста
действия. При
остаточных явле
рита в нижних к
важным меропри
ляется своевреме
товление орто
обуви.

При каузальг
чают болеутоляю
параты, а также
плегические (гекс
жайшую тишину
ких разговоров, ц
ся давать снотвор

Полиневрит —
тивное поражение
ты делаются на ост
в зависимости от
невритов. Для все
О лечении неврит
«Полиневрит».

Лечение¹. В случаях травматического неврита с полным перерывом нервного ствола необходимо хирургическое вмешательство, во время которого производят сшивание центрального и периферического отрезков поврежденного нерва. В дальнейшем, по мере восстановления движения и чувствительности, широко применяют инъекции витамина В₁, В₁₂, дибазол, прозерин, физиотерапию (гальванизация, фарадизация). Очень большое значение имеют лечебная физкультура, массаж. Эти мероприятия важны в целях предупреждения осложнений (особенно при длительном заболевании) в виде мышечных и сухожильных контрактур, а также развития тугоподвижности в суставах от бездействия. При стойких остаточных явлениях неврита в нижних конечностях важным мероприятием является своевременное изготовление ортопедической обуви.



Рис. 26. Отвисание стопы при параличе малоберцового нерва.

При каузальгиях назначают болеутоляющие препараты, а также ганглиоплегические (гексоний, пентамин). Следует соблюдать строжайшую тишину в палатах, в коридорах, не допускать громких разговоров, шума. На ночь таким больным рекомендуется давать снотворное.

Полиневрит (polyneuritis)

Полиневрит — множественное воспаление или дегенеративное поражение нервов. По течению множественные невриты делятся на острые, подострые и хронические. Клинически в зависимости от причины выделяют несколько видов полиневритов. Для всех полиневритов характерно нарушение дви-

¹ О лечении неврита инфекционного происхождения см. в разделе «Полиневрит».

гательной и чувствительной функций в конечностях. При этом особенно сильно страдают дистальные (наиболее удаленные от туловища) отделы конечностей. Мышечная слабость, вплоть до полного паралича и отсутствия чувствительности, особенно выражена на кистях рук, в стопах ног. По мере приближения к туловищу (проксимально) указанные расстройства постепенно становятся менее заметными. Патологический процесс распределяется более или менее равномерно во всех нервах конечностей, т. е. носит симметричный характер. Тонус и сила мышц понижаются. Отмечаются болезненность нервных стволов при прощупывании их, а также самопроизвольные боли, напоминающие таковые при невралгиях. Заметно похудание мышц. Сухожильные рефлексy или резко ослаблены, или совсем отсутствуют. В некоторых случаях в патологический процесс бывают вовлечены и черепномозговые нервы. Так, иногда оказываются пораженными блуждающий и диафрагмальный нервы. При этом наблюдаются нарушения сердечной деятельности и дыхания, легко возникают так называемые застойные пневмонии. Это создает угрожающее положение для жизни больного.

Инфекционный полиневрит (polyneuritis infectiosa)

Симптомы. Начало заболевания, как правило, острое, по типу острого лихорадочного процесса, с повышением температуры до 38—39°. Появляются боли в конечностях. В дальнейшем, на протяжении дней или недель, наблюдается развитие слабости и параличей рук и ног; чувствительность кожи конечностей значительно ослабевает. Нервные стволы резко болезненны при ощупывании. Обратное развитие симптомов протекает медленно.

Причина. В настоящее время большинство исследователей считает причиной инфекционного полиневрита фильтрующийся вирус.

Дифтерийный полиневрит (polyneuritis diphtherica)

Симптомы. При этом виде множественного неврита, развивающегося в конце перенесенной дифтерии, кроме обычной картины полиневрита, наблюдается поражение нервов мягкого неба. Отсюда одним из проявлений болезни бывает нарушение глотания в виде поперхивания (пища попадает в нос, в гортань). Голос у таких больных становится гнусавым, как это отмечается, например, при сильном насморке. Кроме того, иногда поражаются диафрагмальный и блуждающий нервы, что может вызвать расстройство дыхания и изменение ритма сердечной деятельности. Реже в болезненный процесс

вовлекаются
цы глаза, что
заметно при ч
достигает нес

Алкогол

Симптомы. В
исподволь. В
гах, быстрая
цах, судорожн
ные явления
ность по ходу
нижних конеч
нее бывают в
мышцы, иннер
неврита упомя
алкогольного
психических н
дающимся рус
ном расстройс
ния текущих с
имени лечащег
его, забывает
сказать, где он
да и т. д. При
буляции), т.
происходивших
гольным поли
памяти, то гов
хронического а
алкогольного п
мена, в особенн
Выделяют е
нии мышьяком
авитаминозные
наряду с карти
головная боль,
свинцовая коли
нечностей.
При ртутном
стоматита, дро
Авитаминоз
отсутствием в
пеллагре) или
Лечение
ловием лечения

вовлекаются нервы, иннервирующие аккомодационные мышцы глаза, что приводит к нарушению зрения. Особенно это заметно при чтении. Длительность дифтерийного полиневрита достигает нескольких месяцев, а иногда и года.

Алкогольный полиневрит (polyneuritis alcoholica)

Симптомы. Этот полиневрит развивается постепенно, исподволь. Вначале появляются неприятные ощущения в ногах, быстрая утомляемость в них, боли в икроножных мышцах, судорожное сведение пальцев ног. Постепенно болезненные явления нарастают. При осмотре отмечается болезненность по ходу нервных стволов. Это особенно касается нижних конечностей. Парезы и параличи также чаще и сильнее бывают выражены в ногах, при этом обычно страдают мышцы, иннервируемые малоберцовым нервом (см. описание неврита упомянутого нерва на стр. 54). Указанная картина алкогольного полиневрита иногда сопровождается рядом психических нарушений, которые впервые были описаны выдающимся русским психиатром С. С. Корсаковым. В основном расстройства сводятся к резкому нарушению запоминания текущих событий. Так, например, больной не запоминает имени лечащего врача, если ему даже неоднократно называли его, забывает условия только что заданной задачи, не может сказать, где он находится, какой сейчас год, число, время года и т. д. При этом нередко наблюдаются вымыслы (конфабуляции), т. е. больной рассказывает часто о событиях, не происходивших в действительности. Если у больного с алкогольным полиневритом имеются указанные расстройства памяти, то говорят о наличии корсаковского психоза. Кроме хронического алкоголизма, большую роль в возникновении алкогольного полиневрита играет нарушение витаминного обмена, в особенности витамина В₁ и никотиновой кислоты.

Выделяют еще полиневриты, возникающие при отравлении мышьяком, свинцом, ртутью, окисью углерода, а также авитаминозные полиневриты. При свинцовых полиневритах наряду с картиной общей интоксикации (головокружение, головная боль, свинцовая кайма на деснах, белок в моче, свинцовая колика) особенно поражаются нервы верхних конечностей.

При ртутном полиневрите характерным является наличие стоматита, дрожания, атаксии.

Авитаминозные полиневриты связаны с недостатком или отсутствием в пище никотиновой кислоты—витамина РР (при пеллагре) или витамина В₁ (болезнь бери-бери).

Лечение полиневритов. Первым, необходимым условием лечения всякого полиневрита является строгий по-

стельный режим и полный покой, особенно в тех случаях, когда имеются явления поражения блуждающего и диафрагмального нервов. В остром периоде болезни применяются дезинтоксикационная терапия, внутривенное вливание 40% раствора уротропина. При инфекционном полиневрите назначают инъекции пенициллина, вливания глюкозы с аскорбиновой кислотой. При дифтерийном полиневрите применяется антидифтерийная сыворотка, витамин В₁, В₁₂, прозерин. В дальнейшем, по окончании острого периода болезни, показан массаж, четырехкамерные ванны, лечение грязями. В случаях с затяжным течением необходимо принять меры, чтобы предотвратить развитие мышечных контрактур. Это достигается лечебной физкультурой, а также специальной фиксацией стоп и кистей рук, которым придают нормальное положение. Показаны также курортное лечение: Сочи — Мацеста, Цхалтубо, Старая Русса, Пятигорск.

БОЛЕЗНИ СПИННОГО И ГОЛОВНОГО МОЗГА

ОСТРЫЙ ПОЛИОМИЕЛИТ (POLIOMYELITIS ANTERIOR ACUTA)

Полиомиелит — острое вирусное заболевание центральной нервной системы, нередко носящее эпидемический характер.

Заболевание наблюдается главным образом у детей в раннем возрасте — от нескольких месяцев до 4—5 лет. Отсюда другое название болезни — детский паралич. Исследования показали, что при остром полиомиелите поражаются различные отделы головного и спинного мозга. Наиболее выраженные и постоянные изменения отмечаются в сером веществе спинного мозга, в частности в передних (двигательных) рогах. Болезненный процесс охватывает преимущественно те или другие участки спинного мозга. Максимум случаев заболевания наблюдается в летне-осенние месяцы.

Симптомы. Ранними симптомами болезни являются озноб, расстройство со стороны желудочно-кишечного тракта (понос, запор, рвота). Температура поднимается до 38—39° и выше. При этом нередко наблюдается «двугорбая температура»: первый подъем ее длится 1—4 дня, затем температура падает и держится в пределах нормы 2—4 дня, после чего снова повышается. Так как в этом периоде нет специфических симптомов полиомиелита, то нередко начало заболевания принимают за грипп, ангину или какое-либо желудочно-кишечное заболевание. Кроме указанных симптомов, в этом периоде обнаруживается ригидность затылочных мышц, повышенная чувствительность всех кожных покровов тела, силь-

случаях
диафраг-
меняется
те 40°
назва-
скорбин-
меняется
прозрач-
ни, пока-
и. В слу-
ры, чтобы
достига-
фиксацией
положение.
та, Цхал-

ЗГА

ная общая или местная (голова) потливость. Иногда все заболевание протекает только при наличии перечисленных выше симптомов, без развития паралитической стадии болезни. Бывают случаи, когда подъем температуры длится всего несколько часов и остается незамеченным. Иногда отмечаются общие или локальные судороги.

Во второй стадии болезни развиваются параличи, поэтому она называется паралитической. Чаще всего параличи развиваются в нижних конечностях, реже — в верхних: иногда парализуются рука и нога на одной стороне. Нередко паралич отмечается в мышцах туловища, шеи и лица. Большая опасность для жизни больного возникает в случаях поражения ядер продолговатого мозга, так как при этом может наступить тяжелое нарушение дыхания и сердечной деятельности. В связи с тем что поражаются передние рога спинного мозга, параличи бывают вялыми — по периферическому типу: тонус мышц резко снижен, отсутствуют сухожильные рефлексy, а спустя несколько недель, если не наступает улучшения, становится заметной и атрофия мышц. Больше страдают проксимальные отделы конечностей. Как правило, никаких расстройств чувствительности не отмечается.

В следующем периоде (через несколько дней после развития параличей) наблюдается восстановление движений в некоторых группах мышц. Это объясняется тем, что развившийся воспалительный отек серого вещества спинного мозга в областях, соседних с основным очагом поражения, проходит и функция этих участков мозга восстанавливается.

В остаточном периоде болезни главными симптомами являются стойкие параличи тех или иных мышечных групп. Так как атрофия и бездеятельное состояние мышц влияют на рост костей, то обычно отмечается задержка роста пораженных конечностей, а иногда развивается деформация их, особенно стоп. Кроме того, могут возникнуть контрактуры.

Наблюдаются иногда случаи, когда полиомиелит протекает таким образом, что у больного обнаруживается лишь периферический паралич лицевого нерва. Значительные трудности для распознавания представляют случаи так называемой бульбоспинальной формы. При этом оказывается пораженным ряд черепномозговых нервов (XII, X, IX пары), а также значительно расстраиваются дыхание и сердечная деятельность.

Причина. Полиомиелит вызывается вирусом. Заболевание передается больным или здоровым человеком, который сам может не болеть (вирусоноситель). Инфекция проникает в организм через пищеварительный тракт или через дыхательные пути.

Лечение. Полный покой, строгий постельный режим. Обязательная госпитализация каждого заболевшего на срок

не менее 40 дней. В раннем периоде болезни применяют инъекции коревой сыворотки, сыворотку людей, выздоровевших от полиомиелита. Делают внутримышечные инъекции крови родителей по 5—10 мл, постепенно увеличивая дозу до 20 мл (всего 25—30 инъекций). В этом же периоде следует применять гамма-глобулин; его вводят в течение 3 дней из расчета 1 г на 1 кг веса. Применяют секуринин, поливитамины.

Рекомендуется внутривенно вводить по 5 мл 40% раствора уротропина. Показано вливание 40% раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой. Кроме того, больным назначают обильное теплое питье, теплые укутывания, световые ванны. Все эти мероприятия направлены на усиление потоотделения.

Если у больных имеются боли, им назначают успокаивающие средства: анальгин, пирамидон, бромиды. В случаях расстройства глотания пищу вводят с помощью питательных клизм. Когда наблюдаются те или иные расстройства дыхания, делают искусственное дыхание с помощью специальных аппаратов (респираторов) — ДП-1, ДП-2 или ручным способом.

В восстановительном периоде применяют поперечную диатермию и УВЧ. Рекомендуются также инъекции прозерина: по 0,3—0,5—1 мл 0,05% раствора в течение 10—12 дней подкожно, а также витамины В₁ и В₁₂, дибазол, аденозинтрифосфорная кислота, галантамин. Через 1—2 недели приступают к массажу пораженных конечностей и лечебной гимнастике. В указанном периоде весьма большое значение имеют меры по предупреждению деформаций и контрактур в конечностях. В этих целях необходимо, чтобы конечностям было придано правильное положение. Используется также санаторно-курортное лечение.

Если возникают необратимые двигательные нарушения, то необходимо ортопедическое, хирургическое лечение.

Профилактика. Все заболевшие полиомиелитом обязательно должны быть изолированы и помещены в больницу. Необходимы мероприятия по борьбе с кишечными инфекциями; в этих целях важно усилить санитарный надзор за питьевой водой и пищевыми продуктами. Если дети находились в контакте с заболевшим, то в качестве профилактических средств рекомендуются внутримышечные введения гамма-глобулина (по 3 мл на протяжении 3 дней).

Профилактика состоит в вакцинации всех детей, начиная с 2-месячного возраста, и подростков живым ослабленным вирусом полиомиелита; для этого изготавливаются капли или специальное драже. Проводится пятикратная вакцинация. Из них первые 3 — с интервалом в 3—6 недель, 4-я и 5-я — через полгода и 1½ года.

Больной
не ранее чем
в котором
В целях пр
редачи ин
Поэтому вс
тщательно
ся полоскан
слабым раст
1% раствора
Для дезин
аминна, а для
сти от степе
тивированны
Выделени
носа) необхо
вестью, карб

Симпто
обычно разви
ционных боле
тина, коклюш
ганов малого
спинного мозг
грипп). В осн
ние воспалите
ного мозга. Э
вило, весь по
вещество) и к
уровне.

Если очаг
спинного мозга
рех конечност
нии, то возник
ног. При пора
паралич ниж
функций тазов
утолщения спи
нижних конечн
расстройств
Чувствител
пу, т. е. на все
ния. У больных
часто отмечают

Больной полиомелитом может быть выписан из больницы не ранее чем через 1½ месяца от начала болезни. Помещение, в котором находился больной, необходимо дезинфицировать. В целях профилактики следует иметь в виду возможность передачи инфекции здоровыми людьми — вирусоносителями. Поэтому все лица, соприкасающиеся с больными, должны тщательно соблюдать правила личной гигиены. Рекомендуются полоскание зева 1% раствором перекиси водорода или слабым раствором марганцовокислого калия (1 чайная ложка 1% раствора на стакан воды).

Для дезинфекции помещений применяют 3% раствор хлорамина, а для обеззараживания белья и игрушек, в зависимости от степени загрязнения, пользуются 1—3% или 0,5% активированным раствором хлорамина.

Выделения больного (моча, кал, слизистое отделяемое носа) необходимо заливать в отдельной посуде хлорной известью, карболовой кислотой или марганцовокислым калием.

ВОСПАЛЕНИЕ СПИННОГО МОЗГА (MYELITIS)

Симптомы. Миелит — воспаление спинного мозга. Оно обычно развивается как осложнение после различных инфекционных болезней (грипп, различные тифы, сифилис, скарлатина, коклюш и многие другие), после гнойных процессов органов малого таза и в результате первичного поражения спинного мозга разными вирусами (бешенство, вирусный грипп). В основе патологического процесса лежит образование воспалительного очага, чаще всего в грудном отделе спинного мозга. Этот воспалительный очаг захватывает, как правило, весь поперечник спинного мозга (серое и белое вещество) и как бы перерезает его на соответствующем уровне.

Если очаг располагается в верхних шейных сегментах спинного мозга, развивается спастический паралич всех четырех конечностей. Если же очаг находится в шейном утолщении, то возникают вялый паралич рук и спастический паралич ног. При поражении грудного отдела наступает спастический паралич нижних конечностей и появляются расстройства функций тазовых органов. Наконец, поражение поясничного утолщения спинного мозга влечет развитие вялого паралича нижних конечностей, также сопровождающегося тазовыми расстройствами.

Чувствительность расстраивается по проводниковому типу, т. е. на всей поверхности тела ниже уровня очага поражения. У больных резко нарушается трофика тканей и поэтому часто отмечаются глубокие и тяжело протекающие пролежни

в области крестца, ягодиц или ног. Очень серьезными симптомами миелимита являются нарушения функции тазовых органов (задержка или недержание мочи и кала), что нередко приводит к развитию уросепсиса.

Заболевание чаще протекает остро и обычно через несколько дней от начала возникают парезы, параличи и другие симптомы. Обратное развитие болезни длится очень медленно: месяцами, а иногда и годами. При медленном развитии клинической картины необходимо исключить опухолевый процесс в спинном мозгу (растущая опухоль медленно сдавливает спинной мозг). Иногда причиной сдавления спинного мозга является заболевание костей позвоночника, например туберкулезный спондилит.

Лечение. Строгий постельный режим. В начале заболевания применяют пенициллин и другие антибиотики, а также сульфаниламиды, в зависимости от основного инфекционного заболевания. Проводится курс вливаний 40% раствора уротропина, трипофлавина. Так как у больных часто возникают тяжелые и обширные пролежни, то особенно важным является тщательный уход за ними. Больного необходимо уложить на резиновый круг, следить за чистотой кожи: делать гигиенические ванны, протирать кожу в местах покраснения камфарным спиртом. На простыне не должно быть грубых складок. Нужно менять положение больного в кровати. Если наступает задержка мочи, то при катетеризации должны тщательно соблюдаться правила асептики, так как внесение инфекции в мочевой пузырь может привести к тяжелому воспалению его, а иногда и к развитию уросепсиса. В отдельных случаях, при невозможности катетеризации, прибегают к хирургическому вмешательству — надлобковому свищу мочевого пузыря.

В периоде обратного развития заболевания применяют физиотерапию (диатермия, ионтофорез с йодом), массаж, гимнастику, инъекции прозерина, дибазол, витамин В₁₂, секурин.

СУХОТКА СПИННОГО МОЗГА (TABES DORSALIS)

Спинная сухотка — одно из заболеваний нервной системы, причиной которого является сифилис¹. Обычно от начала заболевания сифилисом и до появления признаков спинной сухотки в среднем проходит 8—15 лет. Главные изменения, обуславливающие основные симптомы болезни, сводятся к то-

¹ В настоящее время в СССР в результате общегосударственных мероприятий по борьбе с сифилисом это заболевание встречается все реже и реже.

му, что в задних корешках и в задних столбах спинного мозга, на том или ином уровне его, происходит перерождение (дегенерация). Это перерождение в конечном итоге приводит к сморщиванию, «усыханию» задних столбов и задних корешков спинного мозга. Чаще болезненный процесс наиболее выражен в поясничном и крестцовом отделах спинного мозга.

Симптомы. В начальном периоде отмечаются интенсивные боли, которые имеют стреляющий, режущий, приступообразный характер. Обычно такие боли наблюдаются в ногах, но могут быть и в других частях тела. Продолжительность приступа очень небольшая. Промежутки же между приступами самые различные. Бывают случаи, когда приступы таких болей с небольшими промежутками длятся по несколько часов. Характерным является наличие так называемых опоясывающих болей. Нередко больные жалуются на чувство онемения и покалывания в нижних конечностях. Указанные явления связаны со сдавлением задних (чувствительных) корешков спинного мозга. Коленные и ахилловы рефлексы или резко ослаблены, или совсем не вызываются. Как правило, больные жалуются на плохое ощущение почвы под ногами, что объясняется поражением задних столбов спинного мозга (в них проходят пути глубокой и тактильной чувствительности). В этот же период бывает нарушение мочеиспускания: вначале урежение позывов, в дальнейшем значительное затруднение при мочеиспускании, которое может смениться недержанием мочи. Ввиду поражения задних столбов отмечается расстройство согласованности (координации) движений в ногах — атаксия, что прежде всего проявляется в нарушении походки: она становится неуверенной, шаткой. Больной во время ходьбы смотрит на ноги (зрением контролирует соразмеренность движений); особенно трудной бывает ходьба по лестнице. В темноте или с закрытыми глазами все упомянутые нарушения в ходьбе значительно усиливаются. Если больному предложить стоять с плотно сдвинутыми ногами и с закрытыми глазами, он шатается или падает в ту или иную сторону — положительный симптом Ромберга. Больной не может выполнить пяточно-коленную пробу (см. стр. 40). Расстраивается тактильная чувствительность (чувство прикосновения).

К характерным симптомам сухотки спинного мозга относятся так называемые кризы — приступы сильных болей во внутренних органах (чаще всего в желудке). Эти желудочные кризы нередко сопровождаются сильной рвотой. Такие же кризы могут отмечаться со стороны кишечника, мочевого пузыря, прямой кишки и других органов.

Как правило, бывает положительным симптом Аргайль—Робертсона. Сущность его состоит в том, что зрачки не реагируют на свет, но сохраняют реакцию при конвергенции и

аккомодации. Зрачки при этом часто неодинаковой величины, неправильной формы. При обследовании глазного дна обнаруживается та или иная степень атрофии зрительных нервов. Вот почему при этом заболевании иногда развивается слепота.

В крови и в спинномозговой жидкости иногда отмечается положительная реакция Вассермана.

Не менее важными являются симптомы, указывающие на нарушение трофических функций нервной системы: легкая ломкость костей ног (при этом болей почти не бывает), возникновение на подошвенной поверхности стопы глубоких, прободающих язв. Могут оказаться резко увеличенными и измененными по форме коленные суставы — это так называемая артропатия суставов.

Сухотка спинного мозга относится к хроническим, медленно протекающим заболеваниям. При неблагоприятном развитии болезни наступает период, когда больные совершенно перестают самостоятельно передвигаться вследствие резко выраженной атаксии.

Лечение. Так как причиной болезни является сифилис, то прежде всего применяют специфическое лечение. Проводят курс внутримышечных инъекций бийохинола по 2 г через день в количестве 15 инъекций. Кроме того, назначают пенициллин (10 000 000—15 000 000 ЕД). Применяют йодистые препараты как внутрь, так и внутривенно. Уколы стрихнина иногда уменьшают атаксию. Симптоматическое лечение (пирамидон, фенацетин и другие болеутоляющие) направлено на устранение болей. При желудочных кризах рекомендуется назначать внутрь адреналин (10 капель раствора 1:1000). Иногда помогает инъекция 5—10 единиц инсулина.

Не следует применять наркотические вещества (пантопон, морфин), так как у больного может развиваться привыкание.

Профилактика спинной сухотки состоит в предупреждении, а также в своевременном и систематическом лечении сифилиса в начальных его стадиях.

РАССЕЯННЫЙ, ИЛИ МНОЖЕСТВЕННЫЙ, СКЛЕРОЗ (SCLEROSIS DISSEMINATA)

В основе рассеянного склероза лежит множественное, мелкоочажковое хроническое воспаление спинного и головного мозга. Упомянутые очажки представляют собой микронекрозы чаще белого вещества мозговой ткани с демиелинизацией нервных волокон. В дальнейшем в этих очажках разрастаются глиозные клетки, в результате чего образуются так называемые склеротические бляшки.

Они преимущественно располагаются в белом веществе мозга и тем самым нарушают целостность проводниковых систем.

Тяжелый
разнообраз
ные полушар
симптомов, ко

Симпто

даемые симп

постепенное, а

нарушений в н

ной утомляемо

Нередко обнару

сильно выраже

ется при выпол

В связи с этим

особенно при г.т

ются нистагм,

симптомы указь

Порой отмечает

полной слепоты.

ются спастическ

нием поражения

часто отсутству

вых органов: зад

мочи, расстройств

Заболевание н

20—30 лет. Харак

ленно прогрессиру

ремиссиями, длящ

во время которых

зают. Возникнове

очагов поражения

Причина. Бо

будителем рассеян

вирус.

Лечение. Пок

ротропина, пени

средства: препара

кортикотропный

Показаны физиотер

Применяются аутоге

сирии

Для этого заболе

тостей в спинном

(рис. 27). Полости во

звлия с последующи

аются в шейном и

Нервные и псих

Локализация бляшек в центральной нервной системе весьма разнообразна: спинной мозг, мозговой ствол, мозжечок, большие полушария и т. д. Это делает понятным то разнообразие симптомов, которое наблюдается при рассеянном склерозе.

Симптомы. Наиболее характерные и чаще всего наблюдаемые симптомы следующие. В начале болезни отмечается постепенное, а иногда внезапное появление тех или иных нарушений в нижних конечностях, что выражается повышенной утомляемостью ног (или одной ноги), чувством онемения. Нередко обнаруживается интенционное дрожание, особенно сильно выраженное в руках. Оно наиболее отчетливо выявляется при выполнении пальце-носовой пробы (см. стр. 40). В связи с этим нарушается почерк, затрудняется акт еды, особенно при глотании жидкой пищи. У больных обнаруживаются нистагм, скандированная речь (см. стр. 40). Эти симптомы указывают на поражение мозжечковых систем. Порой отмечается ослабление зрения, иногда достигающее полной слепоты. Из других признаков болезни часто наблюдаются спастические парезы, параличи ног, иногда с преобладанием поражения в правой или левой ноге. Брюшные рефлексы часто отсутствуют. Иногда бывает нарушение функции тазовых органов: задержка мочеиспускания, реже — недержание мочи, расстройство дефекации.

Заболевание начинается чаще в молодом возрасте — в 20—30 лет. Характерным является затяжное течение постепенно прогрессирующей болезни. Вспышки перемежаются ремиссиями, длящимися неделями, месяцами, а иногда годами, во время которых отдельные симптомы ослабевают или исчезают. Возникновение вспышек связано с появлением новых очагов поражения.

Причина. Большинство исследователей считает, что возбудителем рассеянного склероза является фильтрующийся вирус.

Лечение. Покой. Рекомендуются вливание 40% раствора уротропина, пенициллина. Назначают общеукрепляющие средства: препараты железа, мышьяка, витамины В₁, В₁₂, адренкортикотропный гормон, аденозинтрифосфорную кислоту. Показаны физиотерапия, теплые ванны, массаж, гимнастика. Применяются аутогемотерапия, рентгенотерапия.

СИРИНГОМИЕЛИЯ (SYRINGOMYELIA)

Для этого заболевания характерным является образование полостей в спинном мозгу, в центре серого вещества (рис. 27). Полости возникают в результате разрастания невроглии с последующим распадом ее. Чаще полости располагаются в шейном и в грудном отделах спинного мозга. Шири-

отмечается ее
зыри. При не
живающие ра
Суставы де
редко можно с
фоз, сколиоз).
рогов спинного



Рис. 28. Си-
болевой и
тии централ

Течение забол
ходе процесса из
(сирингобульбия)
вых нервов.
Лече
нов

Лечение. При
новить дальнейше
бенно эффективна
ляющее лечение,
ная физкультура
радоновые ванны
ны В., В., внутри

отмечается ее сухость. На ней часто появляются нарывы, пузыри. При небольших повреждениях возникают долго не заживающие раны, язвы.

Суставы деформируются. При осмотре позвоночника нередко можно обнаружить ту или иную деформацию его (кифоз, сколиоз). Эти изменения связаны с поражением боковых рогов спинного мозга.

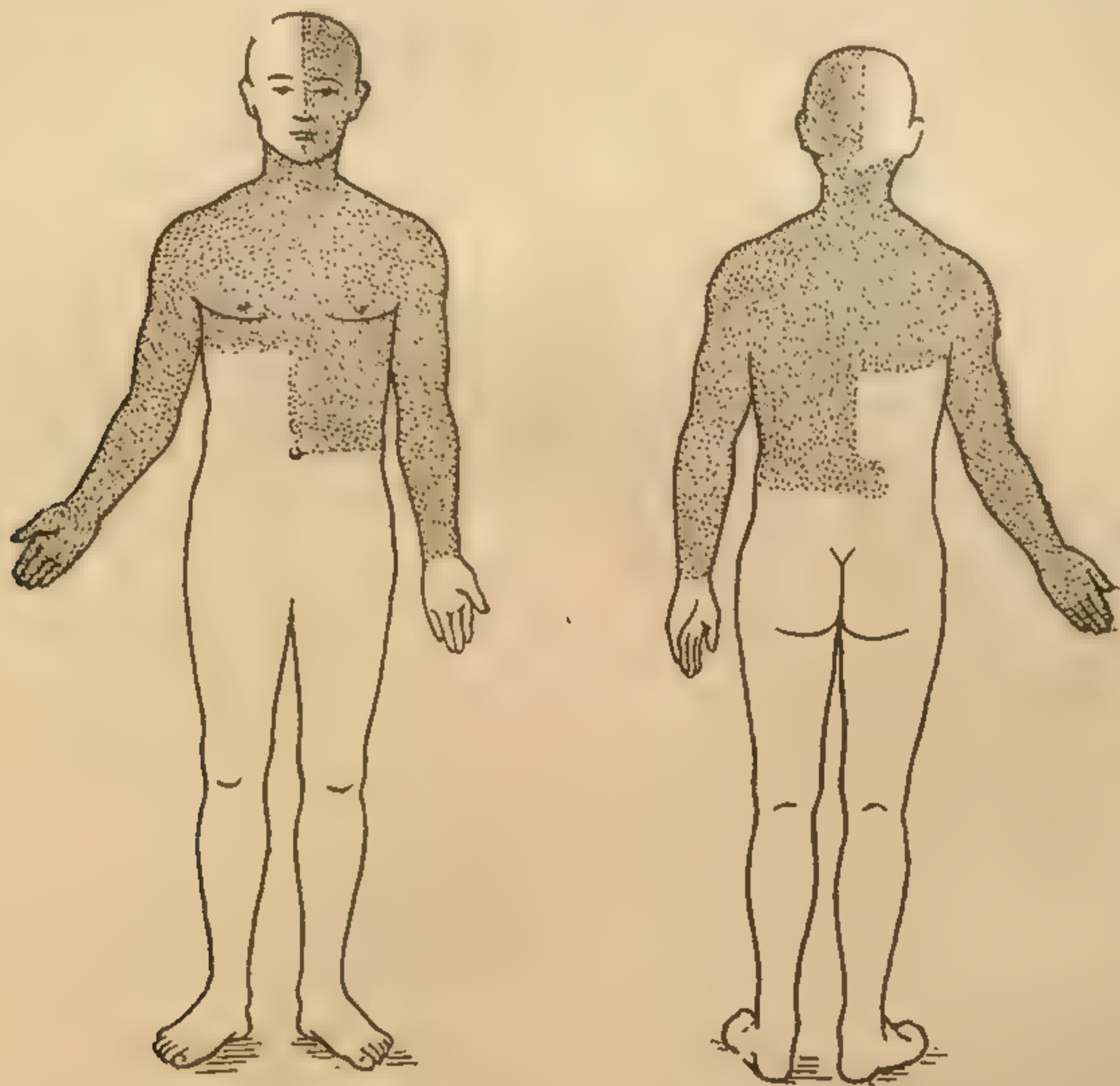


Рис. 28. Сирингомиелия. Распределение расстройства болевой и температурной чувствительности при развитии центральной полости в области шейного и грудного отделов.

Течение заболевания длительное, хроническое. При переходе процесса из шейного отдела вверх, в продолговатый мозг (сирингобульбия), возможно поражение ядер черепномозговых нервов.

Лечение. При помощи рентгенотерапии удается остановить дальнейшее увеличение полости. Рентгенотерапия особенно эффективна в начале болезни. Показано общеукрепляющее лечение, физиотерапия, массаж, электризация, лечебная физкультура, УВЧ позвоночника, сероводородные и радоновые ванны; рекомендуются прозерин, дибазол, витамины В₁, В₂, внутривенные вливания глюкозы с аскорбиновой

кислотой. При болях—анальгин, пирамидон. При уходе за больными, а также при назначении водолечения и других тепловых процедур необходимо помнить о легкости возникновения у них ожогов и других повреждений вследствие измененной температурной и болевой чувствительности. Больные нуждаются в освобождении от тяжелых физических работ, а также от работы на предприятиях, где имеют дело с огнем, расплавленным металлом и т. п.

БОКОВОЙ АМИОТРОФИЧЕСКИЙ СКЛЕРОЗ (SCLEROSIS LATERALIS AMYOTROPHICA)

При этом заболевании поражаются боковые столбы спинного мозга, передние рога серого вещества (чаще всего шейный отдел) и некоторые ядра (VII, IX, X, XII пары) черепно-мозговых нервов, расположенные в стволе головного мозга. Сущность патологического процесса в упомянутых отделах спинного мозга сводится к дегенеративно-атрофическим изменениям и гибели как нервных клеток, так и нервных волокон. На месте атрофированных участков в боковых столбах разрастается глиозная ткань (склероз).

Симптомы. Главными признаками болезни являются следующие: вялые, атрофические параличи верхних конечностей, начинающиеся в мышцах кистей, при повышенных сухожильных и периостальных рефlekсах, спастический (центральный) парез или паралич нижних конечностей, а также ряд бульбарных расстройств: затруднение речи (дизартрия), нарушение глотания (дисфагия), поперхивание, попадание пищи в дыхательные пути, гнусавый оттенок речи.

Исследования, проведенные в последние годы, установили расстройства чувствительности, но они не являются основными.

Заболевание протекает медленно, но неуклонно нарастает. В среднем оно продолжается 3—4 года и заканчивается летальным исходом.

Причина заболевания неизвестна. Имеются некоторые указания на инфекционную природу болезни.

Лечение. Проводится симптоматическое лечение: массаж, ванны. Назначаются инъекции стрихнина, прозерина, витаминов В₁, В₁₂, Е. Больные нуждаются в тщательном уходе. Ввиду большой слабости в руках они часто не могут сами есть. При наличии бульбарных расстройств кормить их надо осторожно, в сидячем положении. Пищу нужно давать не спеша, маленькими порциями, так как легко возникает поперхивание и возможно попадание пищи в дыхательные пути.

Это заболе
патий. Развива
ществ (главны
водит к пор
мускулатуры. I
ральной нервно
ствуют. Болез
детском или по
сте и развивае

Симптомы

времени все
заметной атроф
степенно приво
движений, впло
возможности

Мышцы становя
же при так наз
гипертрофии у
объеме за счет р
вместо гибнущи

локон жировой

вило, более пора

ваются мышцы

отделов конечнос

зового и пле

У больных рас

ходка: во время

ше раскачивается

«утинная походка»

бег, ходьба по л

ется быстрая ут

движениях. Сух

лексы или совсе

или резко ослабл

ловлено атрофие

ших мышц. Ввиду

большого имеет с

и большое прогиб

товидных мышц и

у больных опущен

видные лопатки).

совсем не могут в

с большими усилия

ний. Так, для того

ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ МЫШЕЧНАЯ ДИСТРОФИЯ (DISTROPHIA MUSCULORUM PROGRESSIVA)

Это заболевание относится к группе так называемых миопатий. Развивается оно в результате нарушения обмена веществ (главным образом углеводного и белкового), что приводит к поражению скелетной мускулатуры. Изменения в центральной нервной системе отсутствуют. Болезнь начинается в детском или подростковом возрасте и развивается медленно.

Симптомы. С течением времени все более становится заметной атрофия мышц. Это постепенно приводит к нарушению движений, вплоть до полной невозможности передвигаться. Мышцы становятся тонкими или же при так называемой ложной гипертрофии увеличиваются в объеме за счет разрастания в них вместо гибнущих мышечных волокон жировой ткани. Как правило, более пораженными оказываются мышцы проксимальных отделов конечностей (мышцы тазового и плечевого пояса). У больных расстраивается походка: во время ходьбы туловище раскачивается в стороны — «утиная походка», затрудняется бег, ходьба по лестнице, появляется быстрая утомляемость при движениях. Сухожильные рефлексы или совсем отсутствуют, или резко ослаблены, что обусловлено атрофией соответствующих мышц. Ввиду слабости мышц туловища поза стоящего больного имеет своеобразный вид: резко выпяченный живот и большое прогибание позвоночника (рис. 29). Атрофия дельтовидных мышц и мышц лопаток приводит к тому, что плечи у больных опущены, лопатки отходят от туловища (крылообразные лопатки). В далеко зашедших случаях больные или совсем не могут встать самостоятельно, или же делают это с большими усилиями, совершая ряд вспомогательных движений. Так, для того чтобы встать из положения лежа, больной



Рис. 29. Поза больного с прогрессирующей мышечной дистрофией.

вначале поворачивается на живот, опираясь на руки, встает на колени, затем выпрямляет ноги в коленных суставах и, наконец, постепенно выпрямляет туловище.

Причина прогрессирующей мышечной дистрофии окончательно не ясна. Заболевание часто передается по наследству.

Лечение. Так как есть указания на расстройство углеводного обмена в мышцах, то часто применяют лечение инсулином и адреналином. Назначают витамины Е, В₁, В₁₂, аскорбиновую и никотиновую кислоту, аденозинтрифосфорную кислоту, рентгенотерапию. Из стимулирующих препаратов применяют: прозерин, галантамин, дибазол, секуринин.

НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Острое нарушение мозгового кровообращения, сопровождающееся разрывом мозгового сосуда (иногда наблюдаются кровоизлияния без повреждения стенки сосуда), называют «апоплексическим ударом» или просто «ударом», «инсультом».

Мозговой инсульт — частое заболевание, встречающееся в возрасте 50—60 лет. Возникает это тяжелое и опасное для жизни состояние у лиц, страдающих атеросклерозом и гипертонической болезнью. В последнем случае даже при отсутствии выраженного атеросклероза может наступить острое нарушение мозгового кровообращения: кровоизлияние или спазм сосудов. Мозговой апоплексии нередко предшествует сильное душевное волнение или физическое напряжение. Указанные моменты способствуют значительным колебаниям (в сторону повышения) артериального давления. Лишь иногда, за несколько дней до инсульта, больные жалуются на усиление тяжести в голове, головокружение, головные боли, чувство онемения в руках, плохой сон, общее недомогание.

Симптомы. Кровоизлияние в мозг обычно развивается внезапно («удар»), без каких-либо предвестников. Больной падает, нередко полностью теряет сознание (коматозное состояние). Лицо и шея становятся багрово-красными с переходом в синюшный оттенок. Сразу же после потери сознания могут быть отдельные судорожные подергивания рук, ног, мышц лица. Дыхание редкое, углубленное и часто хриплое. Пульс замедленный, напряженный. Нередко наблюдаются непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Все рефлексy отсутствуют. Зрачки расширены и не реагируют на свет. Такое состояние с полной утратой сознания продолжается от нескольких часов до 1½—2 суток. Обычно чем дольше больной не приходит в себя, тем тяжелее предсказание. В дальнейшем больной начинает реагировать на окружающее: при

обращении к нему с вопросом приоткрывает глаза, фиксирует взгляд, иногда пытается ответить на вопрос. В это время еще нет полного прояснения сознания — больной оглушен. Дыхание и пульс становятся более частыми. В этот же период можно обнаружить те или иные симптомы со стороны нервной системы, например слабость руки и ноги с изменением мышечного тонуса в них, асимметрию лица, симптом Бабинского, Оппенгейма, расстройство чувствительности, нарушение речи. Учитывая наличие ряда симптомов, уже в этот период иногда можно определить место, куда произошло кровоизлияние (рис. 30). Таким местом чаще бывает область внутренней капсулы, так как именно здесь сосуды наиболее часто изменяются и легче разрываются при колебаниях артериального давления.

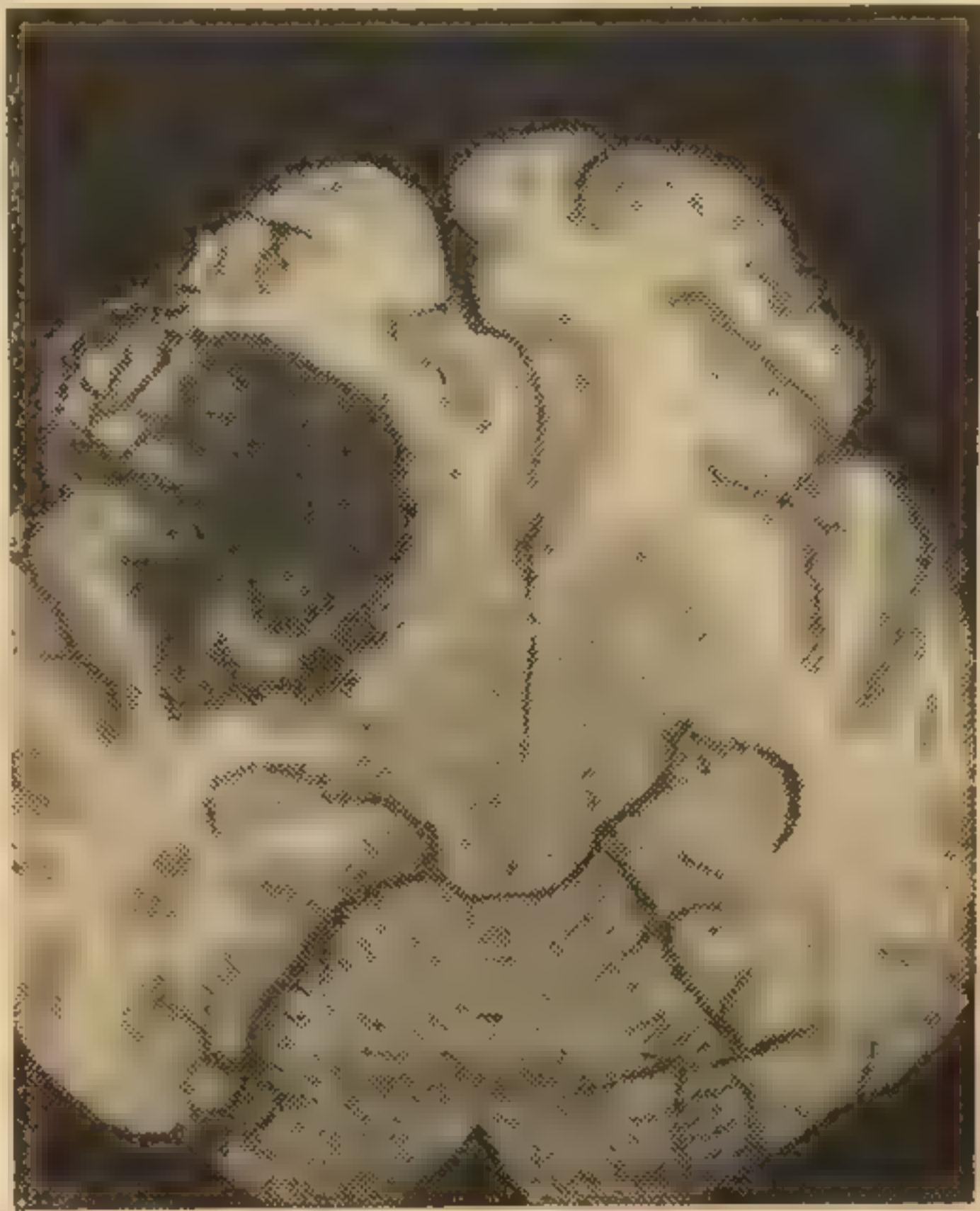


Рис. 30. Очаг кровоизлияния в левое полушарие.

Для более ясного понимания симптомов необходимо напомнить о том, что во внутренней капсуле, на небольшом участке, имеется скопление нервных волокон, которые соединяют через спинной мозг двигательную и чувствительную области коры головного мозга с периферией. Проходящий здесь двигательный (пирамидный) путь совершает перекрест в продолговатом мозгу, так что двигательные волокна из левого полушария приходят к правой половине тела, а из правого полушария — к левой. Вот почему при кровоизлиянии в правое полушарие (в область внутренней капсулы) будет парализована левая половина тела. Если же кровоизлияние произошло в левое полушарие, то, кроме паралича правой руки и ноги, обнаруживаются те или иные расстройства речи (афазия). Это объясняется тем, что только в коре левого полушария имеются системы, связанные с речевой деятельностью.

Афазия бывает различных видов: 1) моторная афазия: больной утрачивает способность произносить слова, но понимает обращенную к нему речь; речь больного содержит много ошибок и ее очень трудно или невозможно понять; 2) сенсорная афазия: в этом случае больной может говорить, но не по-

нимает смысла речи окружающих; 3) амнестическая афазия: больной узнает окружающие его предметы, знает, как ими пользоваться, но не может вспомнить их название. В чистом виде указанные афазии встречаются редко, чаще приходится наблюдать смешанные виды афазий.



Рис. 31. Поза Вернике — Манна у больного с правосторонней гемиплегией.

Таким образом, после мозгового инсульта чаще развивается парез или паралич правой или левой половины тела (гемипарез или гемиплегия). При гемипарезе отмечаются следующие симптомы: мышечная слабость в руке и ноге, тонус мышц в них повышен, усилены сухожильные рефлексы, обнаруживаются патологические рефлексы. При оскале зубов угол рта перетягивается в здоровую сторону. Язык при высовывании отклоняется в сторону парализованных конечностей. Болевая чувствительность иногда бывает пониженной на стороне паралича. Упомянутое усиление мышечного тонуса распределяется неодинаково во всех группах мышц. Так, в руке преобладает тонус мышц сгибателей, в ноге — разгибателей. Поэтому у больных с гемипарезом наблюдается характерная поза: рука приведена к туловищу, согнута в локтевом и лучезапястном суставах, пальцы кисти согнуты в кулак, нога разогнута во всех суставах. Это так называемая поза Вернике — Манна (рис. 31).

Из других расстройств мозгового кровообращения по клинической картине напоминает инсульт закупорка того или иного сосуда мозга в результате тромбоза или эмболии. Способствующими моментами для возникновения тромбоза являются понижение артериального давления и повышенная свертываемость крови.

Тромбоз в отличие от кровоизлияния развивается постепенно, на протяжении нескольких часов. Предвестниками его нередко являются головная боль, головокружение, ощущение потемнения в глазах. Признаки очагового поражения мозга (гемипарез, нарушение речи и др.) наступают медленно; соз-

нание расс
ра. Кровяно
бледным. Т
раста.

Эмболия
правило, бе
эмболии нер
вовлечением
в основном
щих ревмати
докардит). К
женным. В р
ной одна кон
наступить и с
это так назыв
может возник
вании крови,
повреждениях
можно жирова

Лечение
зан полный по
приподняв голо
(пузырь со льд
избежание ожо
хорошо проветр

Перевозить
рекомендуе

При наличии
произвести кров
секции в количес
по 3—4 штуки н
помощью клизм
мать больного и
го следить за сос

Если появляю
ройства, назнача
и другие сердечны
же дней после ин
пролежней, а так
время от времени

постели, не оставл
лярно и тщательн
ясины, крестца, я
спиртом. Больного
данной матрац. Не
менять положение
первые дни после и

нание расстраивается до степени глубокого оглушения, сопора. Кровяное давление понижено. Лицо больного становится бледным. Тромбоз чаще развивается у лиц пожилого возраста.

Эмболия сосудов головного мозга возникает внезапно, как правило, без каких-либо предвестников. Первым признаком эмболии нередко являются судороги с преимущественным вовлечением одной конечности или половины тела. Эмболия в основном развивается у лиц молодого возраста, страдающих ревматическим поражением сердца (пороки сердца, эндокардит). Кровяное давление бывает нормальным или пониженным. В результате эмболии чаще оказывается пораженной одна конечность или возникает гемипарез. Эмболия может наступить и от попадания воздуха в кровеносную систему — это так называемая воздушная эмболия. Она, например, может возникнуть при ранениях крупных сосудов, при переливании крови, внутривенном вливании или при абразии. При повреждениях конечностей с нарушением костной ткани возможна жировая эмболия.

Лечение кровоизлияния в мозг. В остром периоде показан полный покой. Больного необходимо уложить в постель, приподняв голову на подушках, к голове положить холод (пузырь со льдом), к ногам — грелки (не очень горячие во избежание ожогов), горчичники. Помещение должно быть хорошо проветрено: не жаркое и не душное.

Перевозить больного в первые дни после инсульта не рекомендуется.

При наличии высокого артериального давления следует произвести кровопускание посредством венепункции или венесекции в количестве до 300 мл или поставить пиявки за уши — по 3—4 штуки на каждое ухо. Кишечник нужно очистить с помощью клизмы, но нельзя делать высоких клизм и поднимать больного или резко его поворачивать. Необходимо строго следить за состоянием дыхания, пульса.

Если появляются выраженные сердечно-сосудистые расстройства, назначают уколы камфары (1—2 мл 20% раствора) и другие сердечные средства (кордиамин, коразол). С первых же дней после инсульта необходимо во избежание появления пролежней, а также развития застойного воспаления легких время от времени осторожно изменять положение больного в постели, не оставляя его длительно в одной позе. Нужно регулярно и тщательно обтирать кожные покровы в области поясницы, крестца, ягодиц и нижних конечностей камфарным спиртом. Больного желательно уложить на круг или на водяной матрац. Нельзя разрешать больному самостоятельно менять положение в постели, физически напрягаться. Пища в первые дни после инсульта должна быть только жидкой. Если

больной плохо глотает, кормить его нужно крайне осторожно, медленно и маленькими порциями, так как в этих случаях возможно тяжелое поперхивание и даже попадание пищи в дыхательные пути с развитием воспалительных явлений в легких.

Через 7—10 дней, по миновании острых явлений, можно начать лечение препаратами йода (3% раствор йодистого калия по 1 столовой ложке 3 раза в день). С этого же периода следует приступить к легкому массажу парализованных конечностей, а также к пассивным движениям во всех суставах пораженной руки и ноги. При этом нельзя утомлять больного.

Диета должна быть легкой, преимущественно молочно-растительной. Нельзя давать острых, соленых блюд. Не следует разрешать употребление большого количества жидкости, в особенности крепкого чая и кофе. Категорически запрещаются употребление алкогольных напитков, курение. Несколько недель после инсульта больной должен соблюдать строгий постельный режим. Через 3—4 недели, в каждом случае индивидуально, если наступило хорошее самочувствие и нет никаких нарушений сердечной деятельности, больному можно разрешить садиться в постели, вначале на несколько минут, постепенно увеличивая это время. Лечение последствий кровоизлияния в основном сводится к применению физиотерапии: массаж, пассивная и активная гимнастика. В этот период назначают ионизацию с йодом по Бургиньону 15—20 сеансов на курс.

В последнее время применяются нейрохирургические методы лечения инсультов.

При лечении тромбоза, кроме полного покоя, следует назначать средства, улучшающие сердечную деятельность и сосудорасширяющие (например, эуфиллин, теофиллин). По назначению врача больному дают дикумарин по 100 мг 3 раза в сутки. При этом необходимо вести контроль за протромбиновым временем.

Помощь при эмболии: полный покой; лекарства, способствующие улучшению сердечной деятельности (препараты валерьяны, ландыша, адонилена). Внутривенное введение лекарств не разрешается.

ЭНЦЕФАЛИТ (ENCEPHALITIS)

Энцефалит — воспаление головного мозга. Причиной энцефалитов могут быть различные инфекции (вирусы, микробы). Все энцефалиты разделяются на две большие группы: первичные и вторичные. К первичным относятся эпидемический (летаргический) энцефалит, клещевой энцефалит и др.

К втори
го мозга пр
мония и пр

Это забо
фалита пото
торая охват
этот энцефа.

Рис. 32.

симптомов забо
сонливость. Те
стадии: 1) остр
Симптомы
температуры до
шенная темпер
15—20 дней. В
ройства сна, ко
Больные спят
разбудить для к
больной почти т
стояние. В даль
упорная бессонн
сна: сонливость
сна, в этот перио
рых черепномозг

К вторичным энцефалитам относятся воспаления головного мозга при общих инфекционных заболеваниях (корь, пневмония и пр.).

Эпидемический энцефалит

Это заболевание получило название эпидемического энцефалита потому, что в 1917—1928 гг. была эпидемия его, которая охватила все страны мира. Летаргическим, или сонным, этот энцефалит назван в связи с тем, что одним из ярких



Рис. 32. Двусторонний птоз у больного с эпидемическим энцефалитом.

симптомов заболевания является патологическая чрезмерная сонливость. Течение этого энцефалита имеет две основные стадии: 1) острая стадия; 2) хроническая стадия.

Симптомы. В остром периоде наблюдается повышение температуры до 38° ; иногда она остается нормальной. Повышенная температура держится в среднем на протяжении 15—20 дней. В это же время обнаруживаются резкие расстройства сна, которые выражаются чаще всего сонливостью. Больные спят почти круглые сутки. Их с трудом удается разбудить для кормления и приема лекарств. Разбуженный больной почти тут же на глазах вновь впадает в сонливое состояние. В дальнейшем вместо сонливости может наступить упорная бессонница или своеобразное извращение ритма сна: сонливость днем и бессонница ночью. Кроме нарушения сна, в этот период отмечаются расстройства функций некоторых черепномозговых нервов, чаще страдают глазодвигатель-

ный (III пара) и отводящий (VI пара) нервы. Это проявляется опущением верхнего века с одной или с обеих сторон (рис. 32) — так называемый птоз века и ощущением двоения в глазах — диплопия. Зрачки иногда бывают различной величины — анизокория. В некоторых случаях отмечается головокружение. Дыхание расстраивается — становится учащенным. Могут быть и острые психические расстройства: галлюцинаторные переживания, изменение сознания с возбуждением. Иногда весь острый период заболевания ограничивается лишь субфебрильной температурой без достаточно отчетливых глазных симптомов и расценивается как затянувшийся грипп или другая инфекция.



Рис. 33. Поза и выражение лица больной паркинсонизмом.

Вторая, хроническая, стадия иногда развивается вскоре после острой, но чаще спустя несколько месяцев и даже лет. Эта стадия болезни известна под названием паркинсонизма. Появляется медлительность, малоподвижность, постепенно нарастает мышечный тонус. Особенно заметными бывают изменения мимических движений. Мимика делается маловыразительной. Лицо принимает как бы маскообразный вид, становится застывшим. Кожа лица бывает сухой.

Бледность движений постепенно все нарастает. Больные долго могут сидеть, не меняя позы. При ходьбе почти отсутствуют содружественные движения рук. Поза больных имеет характерный вид: голова и туловище несколько согнуты и наклонены вперед, руки приведены к туловищу, согнуты в локтях (рис. 33). Походка медленная, мелкими, иногда шаркающими шажками. Речь становится замедленной, тихой. Тонус мышц значительно повышается. Наряду с общей скованностью и малой подвижностью больных у них часто отмечается насильственное мелкое дрожание головы, кистей и пальцев рук. Нередко наблюдается усиленное слюноотечение.

В этой стадии могут отмечаться и некоторые психические нарушения, которые выражаются вялостью, бедностью инициативы, ослаблением памяти. Иногда же больные бывают

назойливой. У делонения в неуравнов к лживост поступкам тическом При ис основные ются в об. III желудка Прич русом. Лечен жим. Назн ропина по 40—50 вл глюкозы по стрептомиц трипофлави день (10—1 мышечно н реболевших в 3—4 дня, комендуют Необходимо 1000—2000 с В хронич шеств, сниж ность, реком Rp

Применяе писи:

Rp.

Назначаю пентафен, ре

Переносчи форму первич

назойливы, подолгу пристаю́т с одним и тем вопросом, жалобой. У детей, перенесших энцефалит, иногда отмечаются отклонения в психическом развитии. В этих случаях наблюдаются неуравновешенность поведения, импульсивность, склонность к лживости и бродяжничеству, к жестокости, аморальным поступкам. В таких случаях говорят о своеобразном, психопатическом развитии личности.

При исследовании мозга больных, умерших от энцефалита, основные изменения воспалительного характера обнаруживаются в области подкорковых узлов головного мозга и стенок III желудочка.

Причина. Заболевание вызывается фильтрующимся вирусом.

Лечение. В остром периоде необходим постельный режим. Назначают внутривенные вливания 40% раствора уротропина по 5—10 мл через день или ежедневно (всего проводят 40—50 вливаний), внутривенное введение 40% раствора глюкозы по 5—10 мл с аскорбиновой кислотой, пенициллин, стрептомицин, биомидин, тетрациклин. Вводят внутривенно трипофлавин по 5 мл 0,5—1% раствор ежедневно или через день (10—15 вливаний) или салитропин по 5—10 мл. Внутримышечно назначают сыворотку выздоравливающих или переболевших в возрастающих дозах с 5 до 30 мл, с интервалом в 3—4 дня, витамины B₁, C. При значительной сонливости рекомендуют кофеин, фенамин, при бессоннице — снотворное. Необходимо обильное питье, введение кислорода подкожно по 1000—2000 см³ или ингаляции.

В хронической стадии в качестве симптоматических веществ, снижающих мышечное напряжение и общую скованность, рекомендуется раствор бромистого скополамина.

Rp. Scopolamini hydrobromici 0,01
Aq. destill. 150,0
MDS. По 1 чайной ложке 2—3 раза в день

Применяется отвар из корня красавки по следующей прописи:

Rp. Decocti vini radicis Atropae Belladonnae 5% 100,0
DS. По 1—1/2 чайной ложки на ночь

Назначают также диатермию головы, тропацин, артан, пентафен, рентгенотерапию.

Клещевой энцефалит (весенне-летний, или таежный)

Переносчиком и резервуаром вируса, вызывающего эту форму первичного энцефалита, является клещ, который встре-

чается в лесных районах Дальнего Востока, Сибири, Урала и Европейской части СССР. В весенне-летние месяцы происходит интенсивное размножение клещей, поэтому заражения отмечаются именно в этот сезон. Хранителями вируса являются также грызуны (зайцы, белки) и некоторые птицы. Клещ, насосавшийся крови больных животных, при укусе человека заражает его. Непосредственно от человека к человеку это заболевание не передается. Впервые эта форма энцефалита была изучена советскими учеными (А. Г. Панов, Л. А. Зильбер, М. П. Чумаков, Е. Н. Левкович и др.).



Рис. 34. Клещевой энцефалит «свислая голова».

Симптомы. Первые признаки болезни после заражения проявляются через 3—8 дней. Заболевание начинается остро. Вначале отмечаются головная боль, недомогание, слабость, тошнота. Температура поднимается до 39—40° и остается на этом уровне 6—10 дней. Наблюдается покраснение лица и зева. Иногда появляется сыпь на теле. Со стороны верхних дыхательных путей имеют место катаральные явления, иногда бронхопневмония. Отмечаются менингеальные симптомы: напряжение мышц затылка, симптом Кернига. Сознание иногда глубоко расстроено. Так как патологический

процесс чаще и преимущественно локализуется в верхних шейных сегментах спинного мозга (передние рога), то нередко развиваются вялые, атрофические параличи мышц шеи — «свислая голова» (рис. 34), плечевого пояса. Появляются вялые, атрофические параличи мышц рук; они нередко сочетаются с поражением некоторых ядер черепномозговых нервов.

Иногда в результате клещевого энцефалита развивается особый вид эпилепсии, известный под названием кожевниковской эпилепсии. Сущность этой формы эпилепсии заключается в том, что у больного бывают постоянные, насильственного характера подергивания в какой-либо группе мышц. Эти подергивания периодически и постепенно нарастают и переходят в общий эпилептический припадок.

При исследовании
ном мозгу особенно замечательно
отделе, в ядре
и менее заметно
Там же находят
участки размягчения
ко полнокровные

Лечение
ших, строгий
дения температу
ротки крови с
40—50 мл той
дней. При по
ния — цититон
номозговым п
тетрациклин, з
ния 40% раство
подкожное вве
При появлении
минов В₁, В₁₂,
ляющее лечени
ция с йодисты
массаж.

Профилактика
одним из главн
Лица, работаю
должны защищ
Для этого прим
зуются специал
ют смазывание
отпугивающим
га». В качестве
тканевую вакци
2—3 раза в ден

Вторичные э
фекционных бо
брюшной и сы
после какой-ли
фекционными э
Симптомы
даются высокая
на поражение м
та, иногда расст

При исследовании умерших больных в головном и спинном мозгу обнаруживают воспалительные изменения. Они особенно заметны в сером веществе спинного мозга, в шейном отделе, в ядрах продолговатого мозга, в подкорковых узлах и менее заметны в сером и белом веществе головного мозга. Там же находят мелкие, точечные кровоизлияния и небольшие участки размягчения. Мягкая мозговая оболочка отечна и резко полнокровна.

Лечение. Обязательная госпитализация всех заболевших, строгий постельный режим. Больным ежедневно до спадения температуры вводят эндолюмбально по 5—10 мл сыворотки крови от лиц, перенесших это заболевание, или по 40—50 мл той же сыворотки внутримышечно в течение 5—6 дней. При показаниях — сердечные; при нарушении дыхания — цититон, лобелин. Иногда прибегают к повторным спинномозговым пункциям. Антибиотики: пенициллин, биомицин, тетрациклин, эритромицин. Назначают внутривенные вливания 40% раствора глюкозы по 20—30 мл, салицилового натрия, подкожное введение кислорода через день по 1000—2000 см³. При появлении параличей широко применяют инъекции витаминов В₁, В₁₂, С, прозерина, дибазола. Показаны общеукрепляющее лечение, тщательный уход. Физиотерапия — ионизация с йодистым калием, диатермия. Лечебная физкультура, массаж.

Профилактика. В целях предупреждения заболевания одним из главных мероприятий является уничтожение клещей. Лица, работающие в местности, где есть опасность заражения, должны защищать открытые участки тела от укусов клещей. Для этого применяются особые сетки на лицо и шею. Используются специальные комбинезоны. В этих же целях применяют смазывание открытых участков тела сильно пахнущими, отпугивающими клещей веществами, например кремом «Тайга». В качестве профилактического средства применяют также тканевую вакцину (Е. Н. Левкович, Г. Д. Засухин) по 1 мл 2—3 раза в день подкожно.

Вторичный энцефалит

Вторичные энцефалиты являются осложнением ряда инфекционных болезней (грипп, скарлатина, корь, паротит, брюшной и сыпной тифы). Иногда энцефалиты, развившиеся после какой-либо инфекционной болезни, называют параинфекционными энцефалитами.

Симптомы. Обычно при вторичном энцефалите наблюдаются высокая температура и ряд симптомов, указывающих на поражение мозга: головная боль, головокружение, тошнота, иногда расстройство сознания, общее беспокойство. В за-

зависимости от преимущественного поражения того или иного отдела мозга обнаруживаются соответствующие симптомы. Например, при поражении стволовых отделов мозга отмечаются расстройства со стороны черепномозговых нервов, при поражении вестибулярного аппарата — головокружение и упорная тошнота. Могут возникать параличи, парезы, различные виды афазий. Вторичные энцефалиты чаще встречаются в детском возрасте, что неблагоприятно отражается на умственных способностях ребенка (отстает интеллектуальное развитие). У некоторых больных в дальнейшем развиваются эпилептиформные припадки.

Лечение. В остром периоде проводят лечение основного инфекционного заболевания. При появлении мозговых расстройств назначают уротропин, пенициллин, вливание 40% раствора глюкозы, витамин В₁.

ИНФЕКЦИОННАЯ ХОРЕЯ, МАЛАЯ ХОРЕЯ (CHOREA MINOR)

В основе малой хореи лежит ревматическое поражение головного мозга. В патологический процесс преимущественно оказываются вовлеченными подкорковые узлы головного мозга. По существу это энцефалит ревматической природы, поэтому очень часто хорея сочетается с ревматическим поражением сердца. Заболевание главным образом наблюдается в детском возрасте (от 5 до 10 лет). Чаще болеют девочки.

Симптомы. Заболевание развивается постепенно. Первыми признаками чаще бывают: рассеянность, повышенная раздражительность, капризность, неустойчивость настроения. Меняется поведение ребенка: появляется гримасничанье, исчезает прежняя усидчивость при занятиях в школе и дома, изменяется почерк. Мало-помалу движения принимают разбросанный, произвольный характер. Обычно это размашистые движения, которые охватывают то одну, то другую группу мышц. Движения нецеленаправленны, быстро переходят с одних мышц на другие.

Развитие ясно выраженных хореических гиперкинезов наблюдается через 1—2 недели после начала заболевания. Движения порывисты, неожиданны. Больные разбрасывают руки, подергивают головой, открывают и закрывают рот, высовывают язык, закрывают и открывают глаза, у них расстраивается речь. Они не могут сидеть спокойно: привстают, вскакивают и т. д. Лежа в постели, больные толчкообразно подергиваются, их как бы подбрасывают в постели, при этом они могут ударяться о кровать, о стены. Утрачивается возможность самостоятельно есть. Кормление из рук персоналом также затруднено. Во сне гиперкинезы стихают.

Больные
у них ослаб-
бывают рец-
в общем хо-
течения. Воз-
сердца.

Лечени-
ные гиперки-
мо удлинить
бромиды, при-
ществ назнача-
ниламида, бу-
Например, в
бромом:

Rp.

Детям 5—
3—4 раза в де-
раза в день, д-
3 раза в день.
леров раствор
также кортизо-
той.

Положитель-
электросном в
сильных гипер-
упал, не ушиб-
мендуется спин-
чехлами. Иногда
как они разбра-

Менингит —
следующие фор-
ческий) и втор-
При всех форм-
мым постоянны-
Как правило, б-
раздражения чу-
та и рвота —
Они обычно воз-
постоянным сим-
6 Нервные и психи-

Больные за время болезни теряют в весе. Мышечный тонус у них ослаблен. В среднем хорея продолжается 2—3 месяца. Бывают рецидивы болезни, особенно весной и осенью. Прогноз в общем хороший, но встречаются случаи более длительного течения. Возникают иногда серьезные и тяжелые поражения сердца.

Лечение. Строгий постельный режим. Так как длительные гиперкинезы утомляют, истощают больных, то необходимо удлинить сон. Для этого назначают снотворные: люминал, бромиды, применяют теплые ванны. Из лекарственных веществ назначают пенициллин, пирамидон, уротропин, сульфаниламиды, бутадйон, салициловый натрий в больших дозах. Например, в следующей прописи вместе с адониленом и бромом:

Rp. Adonileni 4,0
Natrii salicylici 8,0
Natrii bromati 4,0
Aq. Menthae 200,0
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Детям 5—10 лет эту микстуру дают по 1 чайной ложке 3—4 раза в день, детям 10—12 лет — по 1 десертной ложке 3 раза в день, детям старше 12 лет — по 1 столовой ложке 3 раза в день. Показаны препараты мышьяка, например фовлеров раствор по 5—10 капель 3 раза в день. Используется также кортизон или АКТГ в сочетании с аскорбиновой кислотой.

Положительные результаты получены при лечении хореи электросном в сочетании с лекарственной терапией. Во время сильных гиперкинезов необходимо следить, чтобы больной не упал, не ушибся, не нанес себе повреждений, для чего рекомендуется спинки кровати покрывать мягкими (ватными) чехлами. Иногда необходимо кормить больных с ложки, так как они разбрасывают пищу и сами не могут поесть.

МЕНИНГИТ (MENINGITIS)

Менингит — воспаление мозговых оболочек. Различают следующие формы менингита: первичный менингит (эпидемический) и вторичный менингит (туберкулезный и гнойный). При всех формах менингита есть ряд общих симптомов, самым постоянным из которых является головная боль. Как правило, боль носит разлитой характер. Она зависит от раздражения чувствительных нервов оболочек мозга. Тошнота и рвота — также весьма частые проявления менингита. Они обычно возникают независимо от приема пищи. Другим постоянным симптомом является ригидность затыл-

ка — напряжение задних мышц шеи, обусловленное раздражением спинальных корешков. Проявляется этот симптом тем, что при попытке наклонить голову больного вперед задняя группа мышц шеи напрягается, становится неподатливой к сгибанию — ригидной (рис. 35). Очень важным и часто наблюдаемым проявлением болезни является симптом Кернига. Он вызывается так: больного укладывают на спину, затем ногу его сгибают в тазобедренном и коленном суставах, после чего согнутую ногу начинают разгибать в коленном суставе. В момент разгибания происходят натяжение и раздражение нервных корешков спинного мозга, что вызывает непроизвольное напряжение сгибателей голени, и ногу выпрямить не удастся (рис. 36).

Часто оказывается положительным симптом Брудзинского (верхний и нижний). Верхний симптом Брудзинского состоит в том, что при пассивном сгибании головы больного наступают сгибание ног и подтягивание их к животу. Нижний симптом Брудзинского выражается в том, что при пассивном сгибании ноги в коленном и тазобедренном суставах другая нога начинает сгибаться в этих же суставах.

Характерна и поза больного менингитом: он лежит на боку с запрокинутой назад головой, с согнутыми и приведенными к животу ногами. Очень часто бывает повышенная чувствительность к свету (светобоязнь), к звукам (гиперакузия) и к болевым раздражениям (гиперестезия).



Рис. 35. Ригидность затылочных мышц при менингите.

Пульс, как правило, урежается, что связано с раздражением блуждающего нерва. Нередко можно видеть те или иные поражения черепномозговых нервов: косоглазие, птоз века,

двое
троф
ется

ружива
белка,
наблю
дены. Т
той или

Возб
проника
обычно
капельн
Болез
возника
ции явля
ца, нахо
гут не бо
6*

двоение в глазах, асимметрию лица. В крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз, достигающий 15 000—20 000, ускоряется РОЭ. При исследовании спинномозговой жидкости обна-



Рис. 36. Исследование симптома Кернига.

руживается повышенное давление, увеличенное количество белка, большое число клеток. В тяжелых случаях болезни наблюдается расстройство сознания. Иногда больные возбуждены. Температура повышена. Указанные выше признаки в той или иной мере наблюдаются при всех формах менингита.

Эпидемический цереброспинальный менингит (meningitis cerebrospinalis epidemica)

Возбудителем этого менингита является менингококк, проникающий в оболочки мозга из носоглотки. Заражение обычно происходит при непосредственной передаче инфекции капельным путем.

Болезнь относится к числу эпидемических. Чаше эпидемии возникают в зимние и весенние месяцы. Носителями инфекции являются переболевшие менингитом люди, а также лица, находившиеся в контакте с больными, которые сами могут не болеть. Чаше этой формой менингита болеют дети и

подростки. У лиц, перенесших эпидемический менингит, создается стойкий иммунитет.

Симптомы. Начало заболевания острое, внезапное. Появляются выраженный озноб, головная боль, тошнота, рвота и высокая температура. Общемозговые симптомы быстро нарастают. Расстраивается сознание. Четко выявляются менингеальные симптомы. При исследовании спинномозговой жидкости обнаруживается значительное увеличение клеток (от нескольких сот и выше в 1 мм^3) и количества белка, при бактериологическом исследовании — менингококк. Иногда на высоте развития болезни бывают судорожные припадки. Это грозный признак, указывающий на большую тяжесть менингита, нередко заканчивающегося смертельным исходом. Заболевание продолжается в среднем 3—4 недели; иногда несколько дольше. До появления в медицинской практике сульфаниламидных препаратов и пенициллина эпидемический менингит давал большую смертность. В настоящее время число смертных случаев незначительное.

Лечение. Чем раньше начато лечение сульфаниламидами (норсульфазол, сульфадимезин) и пенициллином, тем скорее наступает выздоровление и тем меньше осложнений. Назначают сразу большие дозы сульфаниламидов. Например, для взрослого первая доза равна 2 г. Далее сульфаниламиды дают каждые 4 часа по 1 г. Всего в первые сутки больной принимает 7 г, на 2-й день — 6 г, на 3-й и 4-й день — по 4 г, в последующие 2—3 дня — по 2 г в день.

Детям до 2 лет в первые 3—4 дня болезни назначают сульфаниламиды из расчета 0,3 г на 1 кг веса, в последующие 4—8 дней — из расчета 0,2 г на 1 кг веса. Так как у больных отмечается частая рвота или потеря сознания, когда они не могут глотать, то сульфаниламиды вводят подкожно, внутривенно или эндолумбально. Раствор готовится по следующей прописи.

Rp. Norsulfazoli 10% 20,0
Sterilisetur!
DS. Для внутривенных вливаний

Раствор вводят только в вену; при попадании под кожу возможен некроз тканей.

Уже на 2—3-и сутки лечения сульфаниламидами отмечается значительное улучшение состояния больного. Однако курс лечения необходимо довести до конца, так как иначе может наступить обострение или осложнение. Кроме сульфаниламидов, применяют пенициллин. Пенициллин вводят внутримышечно по 100 000—200 000 ЕД через каждые 4 часа на протяжении 10—15 дней. Для взрослых первая «ударная» доза пенициллина должна быть равной 1 000 000—2 000 000 ЕД.

При недостаточности
назначают
Из симптомов
болеутоляю
падков наз
Очень бо
ным. Больно
ная чувстви
буждению и
Палаты с та
ных помеще
та. Пища по
больного ну
слового калия
меняют тепл
кишечника и
ческим мени
рован

Профилактика
пути переда
за больными
строго соблю
демокической
назначать во
больным, су
Помещение
для этого до
щи прогладит

Туберкулез

Эта форма
ся у детей и
указания на
бронхиальны
Симптомы
признаки: го
ражительнос
ратуры (37,2
ют. Сон ста
появляются
ся на протяж
выявляются
кость прозра
держит много
в ней через 2
иногда обнар

При недостаточной эффективности лечения пенициллином назначают стрептомицин, левомецетин.

Из симптоматических средств применяют холод на голову, болеутоляющие препараты. При появлении судорожных припадков назначают хлоралгидрат в клизме, люминал.

Очень большое значение имеет тщательный уход за больным. Больного не следует часто тревожить, так как повышенная чувствительность кожных покровов может привести к возбуждению и даже к возникновению судорожного припадка. Палаты с такими больными следует размещать вдали от шумных помещений, в них не должно быть чрезмерно яркого света. Пища показана легкая и преимущественно жидкая. Рот больного нужно промывать слабым раствором марганцовокислого калия. Для уменьшения мышечного напряжения применяют теплые ванны. Необходимо следить за деятельностью кишечника и мочевого пузыря. Каждый заболевший эпидемическим менингитом обязательно должен быть госпитализирован.

Профилактика. Важно широко разъяснить населению пути передачи этой инфекции. Лицам, обеспечивающим уход за больными и соприкасающимся с заболевшим, необходимо строго соблюдать правила гигиены. В случае появления эпидемической вспышки в целях профилактики рекомендуется назначать всем детям, находившимся в тесном контакте с больным, сульфаниламиды на протяжении нескольких дней. Помещение и вещи больного необходимо дезинфицировать; для этого достаточно стены и пол вымыть горячей водой, а вещи прогладить утюгом.

Туберкулезный менингит (*meningitis tuberculosa*)

Эта форма менингита также значительно чаще встречается у детей и подростков. Обычно в анамнезе больного имеются указания на перенесенный в прошлом туберкулез легких, бронхиальных желез или других органов.

Симптомы. Развитие заболевания постепенное. Первые признаки: головная боль, общее недомогание, слабость, раздражительность, потеря аппетита, небольшие подъемы температуры ($37,2-37,8^{\circ}$). В дальнейшем головные боли нарастают. Сон становится тревожным. Кожные покровы бледнеют, появляются тошнота, рвота. Все эти признаки могут отмечаться на протяжении 1—2 недель, после чего более отчетливо выявляются менингеальные симптомы. Спинномозговая жидкость прозрачная, слегка опалесцирует или желтоватая, содержит много белка и лимфоцитов. При стоянии в пробирке в ней через 24—48 часов появляется тонкая пленка, в которой иногда обнаруживаются туберкулезные палочки. Температу-

ра у больного в этот период достигает 38—39°. Сознание периодически оказывается затемненным, и часто к концу 3—4-й недели от начала болезни, если не проводится лечение, наступает смерть. Раньше каждый случай туберкулезного менингита считался абсолютно безнадежным и заканчивался смертью больного. В настоящее время в связи с достижениями в лечении туберкулеза этого не наблюдается.

Лечение необходимо проводить в условиях стационара. Применяется стрептомицин (субарахноидально и внутримышечно) в комбинациях с ПАСК (пара-амино-салицилат натрия) и фтивазидом. При раннем распознавании (на 7—10-й день) заболевания, в случаях легкого течения болезни, лечение можно проводить без субарахноидального введения стрептомицина и ограничиваться лишь внутримышечными инъекциями его в комбинации с ПАСК и фтивазидом внутрь. Средняя суточная доза стрептомицина при внутримышечном введении: детям до 3 лет — 200 000—250 000 ЕД; детям 4—7 лет — 250 000—300 000 ЕД; детям 8—12 лет — 300 000—500 000 ЕД; взрослым — 500 000—1 000 000 ЕД.

Суточную дозу стрептомицина разводят в 2—3 мл стерильного физиологического раствора или в 2—3 мл стерильного 0,25—0,5% раствора новокаина и вводят в два приема внутримышечно с интервалом в 12 часов. Субарахноидально (эндолюмбально или субокципитально) вводится только хлоркальциевый комплекс стрептомицина. При эндолюмбальном введении стрептомицина вначале необходимо извлечь 5—10 мл ликвора. Средняя суточная доза стрептомицина при эндолюмбальном введении: детям до 3 лет — 20 000—30 000 ЕД; детям 4—7 лет — 30 000—50 000 ЕД; детям 8—12 лет — 50 000—100 000 ЕД; взрослым — 100 000 ЕД.

Rp. Streptomycini calcii chlorati 100 000 ЕД

D. t. d. N. 6

S. Растворить в 2 мл стерильной бидистиллированной воды для эндолюмбального введения; взрослому (100 000 ЕД), ребенку 8 лет — 1 мл (50 000 ЕД)

Первые 10—15 эндолюмбальных введений делают ежедневно, с перерывом в 1 день после 6—7 введений. В среднем лечение продолжается 3—4 месяца. При комбинированном лечении стрептомицином и ПАСК или фтивазидом получены хорошие результаты. При этом дозировки ПАСК следующие: детям и подросткам по 0,2 г на 1 кг веса в сутки (на 3 приема). Продолжительность приема: 5—6 месяцев с интервалом 1—2 дня в неделю. Фтивазид назначают в дозах: детям 20—30 мг на 1 кг веса в сутки (на 3—4 приема); взрослым 0,5 г 2—3 раза в сутки. Длительность приема до 6 месяцев.

В случ
ний стреп
(стрептом
рекоменду
с указанно
ты кальци
(высокока
нии лечени
натории, ле
Профи
внутренних

Г

Гнойный
является вт
гнозных заб
процессах л
лококк и стр
кровеносным
Симпто
ми при эпиде
Лечени
организме. Г
и другие ант
ной предупре
кальное лече

Острый с

Серозный
ный хориоме
и ЕСНО) и в
общих инфек
нии, кори, тиф
Симпто
боли, которая
вышается темп
Вскоре к этим
геальные симп
остро и обычно
дельные случа
болезнь прини
развиться внут
ной пункции жи
прозрачна, но с
фоцитов.

В случае плохой переносимости субарахноидальных введений стрептомицина в комплексе комбинированной терапии (стрептомицин внутримышечно, ПАСК и фтивазид внутрь) рекомендуются эндолюмбальные введения салюзиды. Наряду с указанной терапией больным назначают витамины, препараты кальция, седативные средства. Необходимы полноценное (высококалорийное) питание, тщательный уход. По окончании лечения следует направлять больных в специальные санатории, лесные школы.

Профилактика. Систематическое лечение туберкулеза внутренних органов.

Гнойный менингит (*meningitis purulenta*)

Гнойный менингит, так же как и туберкулезный менингит, является вторичным и развивается в виде осложнения при гнойных заболеваниях уха, носоглотки и других гнойных процессах лица и головы. Гноеродные микробы (чаще стафилококк и стрептококк) попадают в мозговые оболочки по кровеносным или лимфатическим путям.

Симптомы заболевания больше всего сходны с таковыми при эпидемическом менингите (см. стр. 83—84).

Лечение. Необходимо ликвидировать гнойный очаг в организме. Применяют пенициллин, стрептомицин, биомицин и другие антибиотики, сульфаниламидные препараты. Главной предупредительной мерой является своевременное и радикальное лечение основного гнойного заболевания.

Острый серозный менингит (*meningitis serosa acuta*)

Серозный менингит может быть первичным (лимфоцитарный хориоменингит и менингит, вызванный вирусами Коксаки и ЕСНО) и вторичным как осложнение при разнообразных общих инфекционных заболеваниях, например при пневмонии, кори, тифе, гриппе, свинке.

Симптомы. Заболевание начинается с сильной головной боли, которая иногда носит приступообразный характер; повышается температура, появляется чувство общей разбитости. Вскоре к этим начальным явлениям присоединяются менингеальные симптомы. Как правило, заболевание протекает остро и обычно доброкачественно. Тем не менее бывают отдельные случаи с повторными обострениями. Еще реже болезнь принимает затяжное течение. В этих случаях может развиться внутренняя водянка головного мозга. При люмбальной пункции жидкость вытекает под большим давлением; она прозрачна, но содержит увеличенное количество белка и лимфоцитов.

Лечение. Вливание 40% раствора уротропина с глюкозой, сернокислой магнезии с глюкозой, пенициллин, повторные пункции, витамины В₁, В₁₂, С. При вторичном менингите необходимо тщательное лечение основного заболевания. Учитывая большую контагиозность первичных вирусных менингитов, необходима госпитализация каждого больного сроком до одного месяца.

Сифилитический менингит (meningitis luetic)

Симптомы. Для сифилитического менингита характерным является постепенное нарастание менингеальных симптомов: головная боль, головокружение, тошнота и др. Так как при этой форме менингита чаще оказываются пораженными оболочки основания мозга, то в клинической картине отмечается нарастающее поражение черепномозговых нервов, особенно часто II, III, VI пары. Характерным является усиление головных болей в ночное время. Помимо менингеальных симптомов и параличей черепномозговых нервов, иногда наблюдаются признаки поражения пирамидных путей: слабость в конечностях, неравномерность рефлексов, патологические рефлексы. Лихорадочные явления обычно отсутствуют. Для уточнения диагноза большое значение имеет исследование крови и спинномозговой жидкости на реакцию Вассермана, наличие в анамнезе больного заболевания сифилисом.

Лечение. Проводится специфическое лечение сифилиса.

Лечение. Проводится специфическое, противосифилитическое лечение.

ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА (TUMOR CEREBRI)

Опухоль может развиваться в любом участке головного мозга. Нередко опухоли обнаруживаются в белом веществе больших полушарий и в мозжечке (рис. 37). По гистологическому строению опухоли мозга весьма разнообразны. Большой вклад в учение о строении опухолей внес Л. И. Смирнов. Чаще встречается опухоль, известная под названием глиомы. Как и в других органах, некоторые опухоли головного мозга имеют ограниченный рост (доброкачественные опухоли), другие — пронизывающий, инфильтративный (злокачественные опухоли).

Симптомы. Опухоль в мозгу нарушает кровообращение и ликворообращение, что приводит к повышению внутричерепного давления. В клинической картине выделяют две основные группы симптомов: общемозговые и гнездные, или очаговые, симптомы. К общемозговым симптомам относится упорная головная боль, часто сопровождаемая рво-

той. При этом совпадает с симптом — парез нервов. В могут привести к лабильности зрительной до полной слепоты.

Рентгенологическое исследование в области головы иногда дает указания на внутричерепные изменения: усиление давления, увеличение размеров пазух, истончение костей, увеличение судистого рисунка, расширение швентов, изменение размеров входа турецкого седла. К общим признакам относятся головокружение, головные боли, нарушения слуха, слуховые галлюцинации, шум в ушах, рожковые припадки, нарушения спинномозговой жидкости.

В зависимости
наруживаются
мер, при локали
жечковая поход
доле — та или
локализации во
нарушения чере
томы имеют вес
ста расположе
шения вопроса
ние тех или ин
обследования
опухоль, тем лу
Нередко при оп
ские отклонения
шенная сонливос
опухолем забо
или судорожные

той. При этом рвота нередко возникает натощак. Чаше она совпадает с усилением головной боли. Третий общемозговой симптом — появление застойных сосков зрительных нервов. В дальнейшем эти изменения в зрительных нервах могут привести к различной степени атрофии их, что ведет к ослаблению зрения, вплоть до полной слепоты.

Рентгенографическое исследование при опухолях головного мозга иногда дает важные указания на повышение внутричерепного давления: усиление так называемых пальцевых вдавлений, истончение черепных костей, усиление сосудистого рисунка, расхождение швов, увеличение размеров и расширение входа турецкого седла. К общемозговым же признакам относятся головокружение, психические нарушения, судорожные припадки, изменения спинномозговой жидкости.

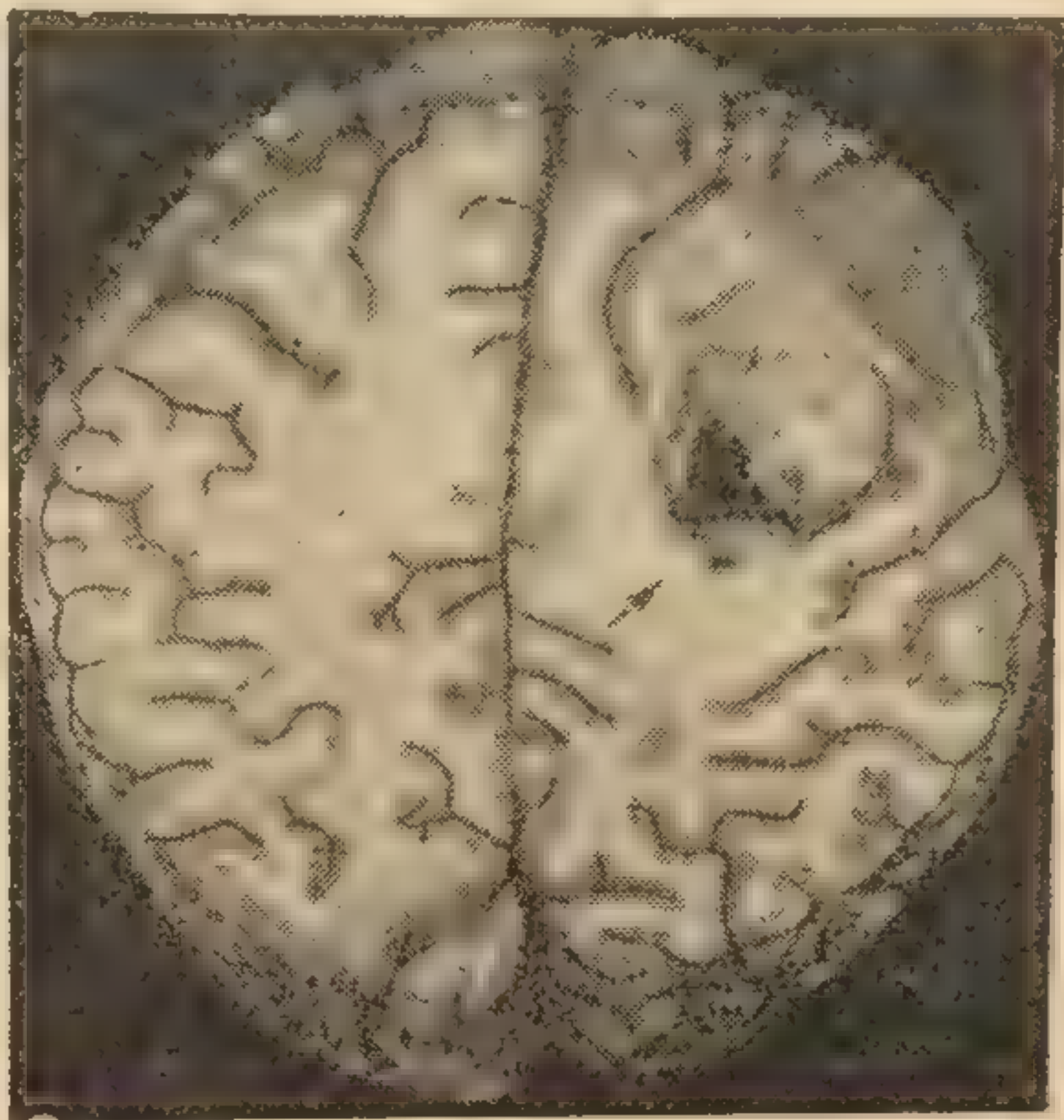


Рис. 37. Опухоль в белом и сером веществе головного мозга.

В зависимости от места расположения опухоли в мозгу обнаруживаются гнездные (очаговые) симптомы. Так, например, при локализации опухоли в мозжечке отмечается «мозжечковая походка», при расположении опухоли в затылочной доле — та или иная форма расстройства зрения. При иной локализации возможны парезы, параличи, расстройства речи, нарушения черепномозговых нервов и др. Эти очаговые симптомы имеют весьма существенное значение в определении места расположения опухоли в мозгу, что очень важно для решения вопроса при хирургическом вмешательстве. Обнаружение тех или иных общемозговых симптомов требует срочного обследования у специалиста, так как чем раньше распознана опухоль, тем лучше предсказание при хирургическом лечении. Нередко при опухоли головного мозга отмечаются психические отклонения: вялость, апатия, ослабление памяти, повышенная сонливость, оглушенность. Кроме того, иногда при опухолевом заболевании возникают обморочные состояния или судорожные, эпилептиформные припадки. В ряде случа-

ев пульс становится более редким. Течение болезни в основном зависит от характера опухоли. Если опухоль злокачественная, то заболевание развивается быстро, а иногда бурно. Такое течение, например, бывает при мультиформных спонгиобластомах и метастазах рака в головной мозг. При доброкачественных опухолях отмечаются медленное развитие болезни и постепенное нарастание симптомов.

Лечение. Хирургическое вмешательство — единственный радикальный метод лечения. В случаях, когда опухоль по своему расположению недоступна для хирургического лечения или болезнь слишком далеко зашла, делают иногда операцию с целью декомпрессии (уменьшение давления), что временно облегчает страдания больного. Применяется и симптоматическое лечение: дегидратационные средства (сернокислая магнезия, хлористый кальций, меркузал), анальгетики, при судорожных припадках — люминал, гексамидин и др.

При некоторых опухолях, например при аденоме гипофиза, положительные результаты получены в результате рентгенотерапии. Она же может оказаться полезной и при лечении некоторых других неоперабельных опухолей.

Больные с опухолями мозга до и после операции нуждаются в тщательном наблюдении, так как у них могут неожиданно наступить тяжелые мозговые расстройства, требующие срочной медицинской помощи. Делать люмбальную пункцию при опухолях мозга можно только в положении больного лежа, после консультации специалиста, в целях предупреждения тяжелых и опасных для жизни осложнений, особенно при расположении опухоли в задней черепной ямке.

АБСЦЕСС ГОЛОВНОГО МОЗГА (ABSCESSUS CEREBRI)

Абсцесс мозга возникает при попадании гноеродных микробов в мозговую ткань. Обычно это заболевание развивается после открытого ранения черепа с последующим загрязнением раны (травматический абсцесс). Часто абсцесс возникает в височной доле мозга при наличии гнойного воспаления среднего уха (отогенный абсцесс), придаточных пазух. Кроме того, выделяют абсцессы, возникновение которых связано с переносом гнойной инфекции по току крови из какого-либо гнойного очага внутренних органов (метастатический абсцесс). Чаше метастатические абсцессы наблюдаются при заболевании легких (абсцесс легкого, бронхоэктазия).

Симптомы. Клинические проявления абсцесса мозга зависят от размеров его, быстроты развития и от места расположения в мозгу. При этом отмечаются головные боли, головокружение, тошнота, иногда упорные субфебрильные подъ-

мы температур
недомогание
нения глаз
быть: эпилеп
параличи, аф
очагах в орг
абсцесса гол
Лечение
применением
сульфанилам

Наиболее
ного мозга
Цистицерк —
солитера. Заб
с загрязненно
могут попасть
встречается м

Симптомы
ны, что в осно
и их располож
нающие таков
ни отмечаются
распознается
протекает без
живается на в
ки имеет обна
в крови. В не
ния психики. Е

Лечение
Эхинококк
чем цистицерк
собак и волков
нококка, могут
но-кишечн
в кровенос
ган (пече
Симпто
болезни тр.

Травматичес
и особенно в во
ляются на закры

мы температуры, лейкоцитоз в крови, ускоренная РОЭ, общее недомогание, сонливость, брадикардия, в 50% случаев изменения глазного дна. Из местных (очаговых) симптомов могут быть: epileptiformные припадки, мозжечковые нарушения, параличи, афазии. Обнаружение этих симптомов при гнойных очагах в организме должно вызвать подозрение на наличие абсцесса головного мозга.

Лечение. Хирургическое вмешательство с последующим применением пенициллина и некоторых других антибиотиков, сульфаниламиды.

ПАРАЗИТЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Наиболее частыми паразитарными заболеваниями головного мозга являются цистицеркоз и эхинококкоз. Цистицерк — это финна (ранняя стадия развития) свиного солитера. Заболевание возникает при попадании яиц глистов с загрязненной пищей в пищеварительный тракт. Личинки могут попасть в кровяное русло и осесть в мозгу. Обычно встречается множественный цистицеркоз головного мозга.

Симптомы. Проявления заболевания очень многообразны, что в основном связано с количеством паразитов в мозгу и их расположением. Чаще отмечаются симптомы, напоминающие таковые при опухоли мозга. Иногда в течении болезни отмечаются светлые промежутки. Вообще же заболевание распознается с трудом: нередко случаи, когда цистицеркоз протекает без заметных симптомов и лишь случайно обнаруживается на вскрытии. Определенное значение для диагностики имеет обнаружение увеличенного количества эозинофилов в крови. В некоторых случаях отмечаются тяжелые нарушения психики. Нередко наблюдаются судорожные припадки.

Лечение симптоматическое.

Эхинококк головного мозга встречается намного реже, чем цистицеркоз. Ленточный эхинококк живет в кишечнике собак и волков, испражнения которых, содержащие яйца эхинококка, могут заражать воду, почву и т. д. Попадая в желудочно-кишечный тракт человека, зародыш эхинококка проникает в кровеносную систему и далее заносится в тот или иной орган (печень, легкие, мозг).

Симптомы напоминают таковые при опухолях. Диагноз болезни труден. Применяется хирургическое вмешательство.

ТРАВМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Травматические поражения мозга наблюдаются в мирное и особенно в военное время. Все травмы головного мозга делятся на закрытые и открытые. Открытые травмы сопровож-

даются нарушением целостности костей черепа и, как правило, повреждением твердой мозговой оболочки и вещества мозга. Так как больные с открытыми травмами в основном находятся под наблюдением хирургов, то в настоящем разделе мы рассмотрим лишь патологию закрытых травм: сотрясение мозга и ушиб мозга.

Сотрясение мозга (*commotio cerebri*)

Симптомы. Человек, получивший ушиб, теряет сознание, падает, лицо его становится бледным. Дыхание и пульс замедляются, кровяное давление понижается. Зрачки расширены, вяло или совсем не реагируют на свет. Сухожильные рефлексы не вызываются. В этот же период могут быть судорожный припадок, повторная рвота. Чем тяжелее травма, тем длительнее и глубже расстраивается сознание. В отдельных случаях наступает смерть вскоре после травмы. Потеря сознания длится от нескольких минут до нескольких часов, реже — дольше. Затем у пострадавшего постепенно проясняется сознание. Больной осматривается по сторонам, не знает, где он находится и что с ним произошло. Не сразу узнает хорошо знакомых ему лиц. На вопросы отвечает с задержкой, иногда лишь после неоднократных повторений. Затем сознание полностью восстанавливается. В этот период обнаруживается второй очень существенный симптом сотрясения мозга — ретроградная амнезия, т. е. выпадение из памяти событий, которые имели место непосредственно перед травмой (см. раздел «Расстройство памяти»). В ближайшие дни после сотрясения мозга наблюдаются головная боль, головокружение, иногда тошнота, общая слабость. Больные быстро утомляются даже от небольших напряжений, настроение неустойчивое, сон неглубокий. В первые дни температура может быть повышена до 37,2—37,5°. Больные испытывают затруднение при чтении, так как это усиливает головокружение, буквы и строчки сливаются. При движении глазами яблоками возникают неприятные, а иногда болевые ощущения в них. Часто бывает общая или местная потливость (кисти рук, стопы). Все указанные расстройства со временем постепенно исчезают. При легкой степени сотрясения через 2—3 недели наступает выздоровление. В тяжелых случаях этот срок достигает 3—5 месяцев. Иногда в остром периоде сотрясения мозга выявляются психические расстройства, которые выражаются двигательным беспокойством и галлюцинаторными переживаниями, страхами, нарушением сознания: больной куда-то стремится, не узнает окружающих или же своих знакомых принимает за врагов и т. п. Такое нарушение психики называется травматическим делирием.

Симптомы
наблюдаются
Поэтому ин
ния от дру
тяжелое со
имеются и
инного участ
щества, кро
мозга всегда
вые наруше
возникают п
сте удара, и
низму «проти
ния в затыло
ное кровоизл
мозгу часто
а иногда при
ской эпилепс
ушиба мозга
сени, — меся

Воздушная
бом мозга) ча
бы. Пораже
удара воздуш
давшего.

Симптомы
напоминают та
нии нередко б
после воздушн
дом утизм
расстройства
га, в частнос
функции слу
раздражени
ных раздраж
При возду
мозга, возника
ческие расстрой
У некоторых
на длительный
ских расстройств
головокружением

Ушиб мозга (contusio cerebri)

Симптомы. При ушибе мозга, как и при сотрясении, наблюдаются многие из перечисленных выше симптомов. Поэтому иногда трудно строго отграничить один вид поражения от другого. Но при ушибе мозга всегда отмечается более тяжелое состояние, так как, кроме признаков сотрясения, имеются и симптомы, указывающие на повреждения того или иного участка мозга в результате размозжения мозгового вещества, кровоизлияний. Иными словами, в случаях ушиба мозга всегда, кроме общемозговых симптомов, бывают очаговые нарушения. Упомянутые повреждения вещества мозга возникают под влиянием ушиба его о кости черепа или в месте удара, или в противоположном от него участке по механизму «противоудара» (ушиб лобных костей — очаг размягчения в затылочных долях). Иногда наступает субарахноидальное кровоизлияние. Наличие грубых очаговых поражений в мозгу часто дает стойкие расстройства различных функций, а иногда приводит к развитию так называемой травматической эпилепсии. Длительность течения заболевания после ушиба мозга значительно больше, чем это бывает при сотрясении, — месяцы, а иногда и годы.

Воздушная контузия

Воздушная контузия (не смешивать с контузией — ушибом мозга) часто наблюдается при взрыве снаряда, авиабомбы. Поражение в этих случаях происходит за счет удара воздушной волны и сотрясения всего тела пострадавшего.

Симптомы при воздушной контузии в основном весьма напоминают таковые при сотрясении мозга. При этом поражении нередко бывает кровотечение из ушей, носа, рта. Часто после воздушной контузии отмечается так называемый сурдомутизм (глухонмота). Возникновение этого обратимого расстройства объясняется торможением коры головного мозга, в частности тех систем ее, которые имеют отношение к функции слуха и речи. Торможение наступает вследствие перераздражения корковых клеток при воздействии сверхсильных раздражителей в виде воздушной и звуковой волны.

При воздушной контузии, так же как и при сотрясении мозга, возникают иногда острые или более затяжные психические расстройства.

У некоторых лиц, перенесших ту или иную травму головы, на длительный срок после нее остается ряд нервно-психических расстройств. Выражаются они частой головной болью, головокружением, повышенной раздражительностью, несдер-

жанностью. Отмечается снижение трудоспособности из-за быстрой утомляемости. Больные плохо переносят жару, духоту, шум. Из вегетативных расстройств часто отмечаются сердцебиение, повышенная потливость, ощущение приливов жара к голове, иногда синюшность кистей рук. При наличии признаков органического поражения центральной нервной системы перечисленный комплекс симптомов обозначается как **травматическая энцефалопатия**. Развитию травматической энцефалопатии способствуют те или иные дополнительные вредности: инфекционные заболевания, переутомление, повторная травма головы, недостаточное лечение и соблюдение режима в первое время после травмы; большую роль играет злоупотребление алкоголем.

Лечение. В острый период сотрясения и контузии мозга показан полный покой, холод на голову. Во избежание попадания рвотных масс в дыхательные пути больного нужно уложить на бок. Необходимо тщательно следить за состоянием работы сердца и дыхания, по мере надобности делать инъекции кофеина, адонилена, лобелина, цититона. В случае затянувшегося расстройства сознания с целью понижения внутричерепного давления следует сделать внутривенное вливание 20—40 мл 40% раствора глюкозы или после очистительной клизмы — клизму из сернокислой магнезии; назначают гипотиазид, новурит, мочевины, фонурит.

Иногда в таких случаях осторожно производят люмбальную пункцию. При явлении двигательного возбуждения назначают бром, люминал, или хлоралгидрат, гексенал. В дальнейшем больной должен оставаться на строгом постельном режиме (в легких случаях 1—2 недели, в тяжелых — до 2 месяцев). В этот период благотворно влияют внутривенные вливания раствора глюкозы с сернокислой магнезией (всего 15—20 вливаний на курс). В период завершения лечения показаны постепенное вовлечение больного в трудовые процессы, физиотерапия, лечебная гимнастика.

В случае открытой травмы черепа первая помощь заключается в остановке кровотечения и защите раны от инфекции. Поэтому необходимо наложить стерильную повязку. В целях борьбы с шоком делают инъекции камфары, кофеина, лобелина. Необходимо ввести противостолбнячную сыворотку. Дальнейшая обработка раны и мозга производится в специальных нейрохирургических стационарах. Больного необходимо перевозить только в лежачем положении и с помощью такого вида транспорта, который исключает тряску.

В случае травматической энцефалопатии хороший эффект наблюдается при проведении курса внутривенных вливаний 40% раствора глюкозы (10—15 мл), 25% раствора сернокислой магнезии (2—4 мл). Вливания производят через день;

всего на ку
шенного в
пункция: в
рекоменду
натрия по
некоторое
жарких или
зывает про
запрещаетс

ЗАБОЛ

Вегетати
нально тесн
Поэтому при
являются на
Так, напри
сердечно-сос
чаях призна
настолько ре
ляются клин
приведем ли
вегетативного

Симпто
скими присту
головы. Прист
видимых повс
часов. Нередк
рвота. Лицо с
В период при
свег, шум и т.
заканчивается
отмечают появ
Уже давно бы
сколько плен
Г

Вы
спа
мо

преп.
мин. и
правит.
обходим

всего на курс 15—20 вливаний. При наличии признаков повышенного внутричерепного давления показана люмбальная пункция: выпускают 5—10 мл ликвора. Для налаживания сна рекомендуются препараты брома (3—6% раствор бромистого натрия по 1 столовой ложке 2—3 раза в день). Желательно на некоторое время освободить такого больного от работы в жарких или шумных помещениях. Благоприятное влияние оказывает проведение курса общих теплых ванн. Категорически запрещается употребление алкогольных напитков.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Вегетативная нервная система анатомически и функционально тесно связана со всей нервной системой человека. Поэтому при всех ее заболеваниях, в той или иной мере проявляются нарушения функций вегетативной нервной системы. Так, например, при травмах мозга наблюдаются нарушения сердечно-сосудистой деятельности, дыхания. В некоторых случаях признаки расстройств вегетативной нервной системы настолько резко выступают в картине болезни, что они выделяются клиницистами как самостоятельные заболевания. Мы приведем лишь главные из них, связанные с поражением вегетативного отдела нервной системы.

Мигрень (hemicrania)

Симптомы. Заболевание характеризуется периодическими приступами головных болей, чаще в одной половине головы. Приступы возникают, как правило, без каких-либо видимых поводов. Длительность приступа — до нескольких часов. Нередко на высоте головных болей бывают тошнота, рвота. Лицо больного становится бледным, реже — красным. В период приступа всякие внешние раздражители (яркий свет, шум и т. п.) усиливают головную боль. Приступ обычно заканчивается после сна. Иногда больные во время приступа отмечают появление искр перед глазами, ослабление зрения. Уже давно было замечено, что мигренью часто страдают несколько членов одной семьи.

Причина и механизм развития мигрени не установлены. Высказывается точка зрения, что в основе приступа лежит спазм или, наоборот, резкое расширение сосудов головного мозга и его оболочек.

Лечение. В целях облегчения головных болей назначают препараты, воздействующие на сосуды мозга: кофеин, теобромин, и холод или тепло на голову. Больным рекомендуется правильный режим труда и отдыха; строгий режим сна. Необходимо исключить из употребления крепкий кофе, спирт-

ные напитки, курение. Пища не должна содержать большого количества мяса. Нужно тщательно следить за деятельностью кишечника.

Ограниченный отек (отек Квинке)

Симптомы. Характерным является внезапное появление отека кожи лица или слизистых оболочек на ограниченном участке (например, область нижнего века или кожа вокруг глаза).

Реже отек охватывает все лицо или конечность. Границы отека нерезкие. Отечный участок кожи имеет бледную или слегка желтоватую окраску. При ощупывании выявляется эластическая его консистенция. При надавливании пальцем участка отека следа не остается (не происходит изменения окраски и не появляется ямки от давления). Обычно никаких болевых ощущений в месте отека нет. Больные иногда отмечают чувство зуда, стягивания в месте отека. Его продолжительность несколько часов, после чего он бесследно исчезает. Иногда отек Квинке возникает на слизистых оболочках некоторых внутренних органов (гортань, желудок, пищевод), что ведет к нарушению функции соответствующего органа; особенно опасным является отек слизистой гортани, вызывающий угрозу удушья. Приступы повторяются через различные промежутки времени.

Лица, страдающие этим заболеванием, нередко предрасположены к так называемой крапивнице, которая наблюдается и без приступов ограниченного отека. Крапивница выражается появлением на коже туловища (поверхность грудной клетки; спины) мелких, сильно зудящих, с чувством жжения, участков кожи, которые сильно сливаются. Возникает крапивница без видимых причин.

Считают, что возникновению крапивницы способствуют такие моменты, как нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта, волнения, глистная инвазия, те или иные погрешности в диете.

Лечение. Хороший эффект в остром периоде наблюдается при внутривенном вливании хлористого кальция (10% по 5 мл), сернокислой магнезии; применяют также димедрол.

Для ослабления зуда в коже рекомендуются обтирание туалетным уксусом, ментоловым спиртом, 5% мазь с анестезином.

И И

Методологи
атрии, как и в
нинская филос
тического мате
ставляет собой
есть высший пр
рии»! Следова
ется головной м
В противосто
ния буржуазны
ет особая душа
сит ни от окру
управляет его м
Идеалистиче
в корне неправи
ленным знаниям
понять сущност
ходимо хотя бы
ми процессами
Все психичес
лены на три осн
ны между собой
психической де
процессы, обусл
ловека; 2) эмоц
является отноше

ПСИХИАТРИЯ

ОБЩАЯ ЧАСТЬ

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И ИХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА

Методологической основой советской психологии и психиатрии, как и всякой другой науки, является марксистско-ленинская философия. Исходя из основных положений диалектического материализма, следует считать, что психика представляет собой свойство мозга: «Ощущение, мысль, сознание есть высший продукт особым образом организованной материи»¹. Следовательно, материальным органом психики является головной мозг.

В противоположность этой материалистической точке зрения буржуазные философы-идеалисты считают, что существует особая душа. По их мнению, она самостоятельна и не зависит ни от окружающей среды, ни от организма человека, но управляет его мыслями, чувствами и волей.

Идеалистическое толкование сущности психики является в корне неправильным, оно противоречит опыту и всем накопленным знаниям человечества. Для того чтобы правильно понять сущность нарушений психической деятельности, необходимо хотя бы кратко ознакомиться с основными психическими процессами в их нормальном проявлении.

Все психические процессы условно могут быть подразделены на три основные группы, хотя все они неразрывно связаны между собой и представляют различные стороны единой психической деятельности человека: 1) интеллектуальные процессы, обуславливающие познавательную деятельность человека; 2) эмоциональные процессы, благодаря которым проявляется отношение человека к окружающим его явлениям;

¹ В. И. Ленин. Сочинения. Изд. 4-е. Т. 14. М., 1954, стр. 43.

3) волевые процессы, которыми обуславливается деятельность человека.

Познавательная деятельность начинается с ощущения, в результате которого отражаются в головном мозгу отдельные свойства окружающих явлений и предметов. Человек ощущает звуки, цвета, запахи и т. п. Ощущения воспринимаются органами чувств: органом слуха, зрения, обоняния и т. д.

Следующим этапом познавательной деятельности человека является восприятие, которое отражает не только отдельные стороны (качества) предметов и явлений, но и совокупность их различных качеств, т. е. целостные образы этих предметов. Например, восприятие дерева складывается из совокупности ощущений размера, цвета, формы. Следы восприятий закрепляются, сохраняются в мозгу. Такие следы ранее воспринятых предметов и явлений называются представлениями. Представление — мысленный образ того или иного предмета или явления. Чем больше у человека жизненный опыт, тем больше у него представлений. Способность же человека сохранять следы прошлых восприятий, ощущений и воспроизводить их в виде представлений (образов, предметов), понятий называется памятью.

Высшей формой познавательной деятельности человека является мышление. Процессы мышления дают возможность обобщать, анализировать, сравнивать, сопоставлять то, что отражается в восприятиях и представлениях. В результате мышления создаются понятия, суждения, умозаключения. Мышление находится в неразрывной связи с речью.

Приведем пример. Человек смотрит на картину. Он прежде всего ощущает различные цвета и форму (красное, зеленое, белое, круглое, овальное и т. д.), которые складываются в определенные предметы и образы. Сопоставляя полученные восприятия — шеренги людей, одетых в спортивную форму, флаги, оркестр, пользуясь запасом представлений из прежнего опыта, человек в результате всего этого делает умозаключение, что на картине изображен парад физкультурников. Сделать умозаключение можно лишь при наличии мышления.

Итак, мышление — это обобщение и наиболее полное и точное отражение действительности.

Следующей стороной единого психического процесса являются эмоции (чувства), в которых выражается различное отношение человека к окружающим его явлениям действительности. Так, рассматривая картину, человек испытывает те или иные чувства, т. е. проявляет свое отношение к воспринимаемому. Эти чувства могут выражаться удовольствием,

радостью. П
во досады и
Однако
действитель
к ней. Он пр
изменения
ступках, дей
левых про
тивное вним
познаватель
цессов.

Каким же
психические
на протяжении
фов и естестве

Выдающи
летия В. Г. Б
териалистиче
хики, рассма
Естественной
в замечатель
нова и И. П.
риалистическ
возможно пра
цессов.

Беспрерыв
ет через рецен
образные зву
раздражители
принимаются,
ной с с т е м
определенных
вызвать тот и
И. П. Павлов
ность как сигн
ма присуща и
ми первой сис
шей среды и
жизни.

У человека
тельности, в н
чрезвычайно у
сигналы этих
мых, слышим

И. П. Пав
М.—Л., 1951, стр
7*

радостью. Плохо нарисованная картина может вызвать чувство досады и неудовольствия.

Однако человек не просто воспринимает окружающую действительность с тем или иным чувственным отношением к ней. Он проявляет стремления, желания, вносит те или иные изменения в окружающую его среду, что выражается в поступках, действиях. Все эти проявления носят название волевых процессов. К волевым процессам относится и активное внимание. Таким образом, можно сказать, что сама познавательная деятельность невозможна без волевых процессов.

Каким же образом осуществляются все эти сложнейшие психические процессы? Что лежит в их основе? Эти вопросы на протяжении длительного времени занимали умы философов и естествоиспытателей.

Выдающиеся русские революционные демократы XIX столетия В. Г. Белинский, А. И. Герцен, Н. Г. Чернышевский материалистически подошли к решению вопроса о сущности психики, рассматривая ее как продукт деятельности мозга. Естественнаучное подтверждение эти высказывания нашли в замечательных физиологических исследованиях И. М. Сеченова и И. П. Павлова. Без знания основных положений материалистического учения И. М. Сеченова и И. П. Павлова невозможно правильное понимание и изучение психических процессов.

Беспрерывно множество различных раздражений поступает через рецепторы в мозг человека. К ним относятся разнообразные звуки, оттенки красок, тепловые или холодные раздражители, импульсы из внутренних органов. Все они воспринимаются, как говорил И. П. Павлов, первой сигнальной системой. Любой из этих раздражителей может при определенных условиях приобрести сигнальное значение и вызвать тот или иной условный рефлекс. Таким образом, И. П. Павлов, рассматривал условнорефлекторную деятельность как сигнальную деятельность. Первая сигнальная система присуща и животным, и человеку. Но у животных сигналами первой системы ограничивается все восприятие окружающей среды и определяется поведение на протяжении всей жизни.

У человека на основе первой сигнальной системы, действительности, в неразрывной связи с ней «появились, развились и чрезвычайно усовершенствовались сигналы второй степени, сигналы этих первичных сигналов — в виде слов, произносимых, слышимых и видимых»¹. С деятельностью второй

¹ И. П. Павлов. Полное собрание сочинений. Изд. 2-е. Т. III, кн. 2. М.—Л., 1951, стр. 345.

сигнальной системы И. П. Павлов связывал способность человека к общению с другими людьми при помощи речи, письма, а также способность к мышлению.

Основные нервные процессы — возбуждение и торможение — могут иметь различную силу, подвижность и уравновешенность. На основании особенностей этих качеств нервных процессов И. П. Павлов выделил основные четыре типа высшей нервной деятельности. Эти типы нервной системы И. П. Павлов сопоставлял с четырьмя темперамен-

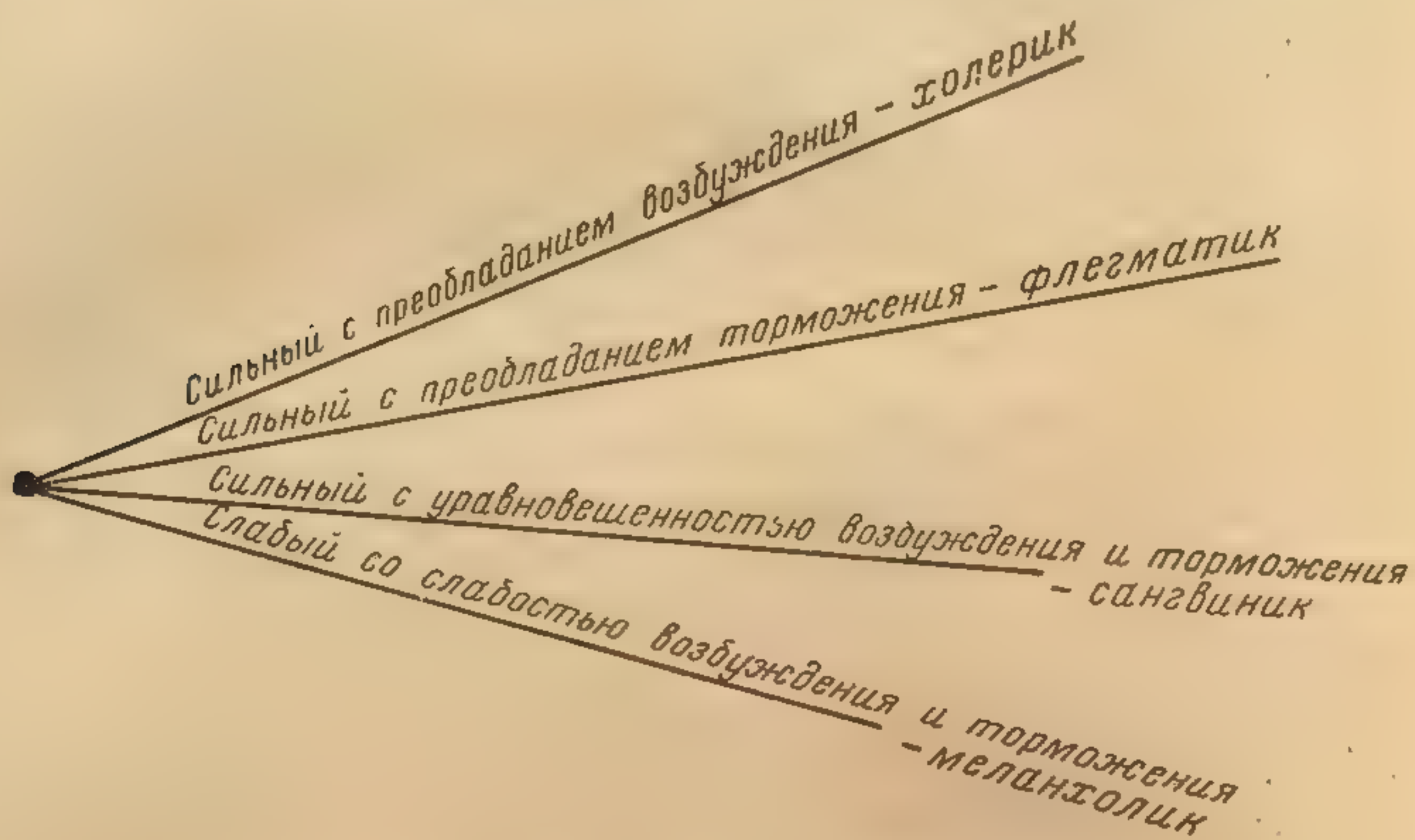


Рис. 38. Схема типов высшей нервной деятельности.

тами, охарактеризованными еще Гиппократом: холерики, флегматики, сангвиники и меланхолики. И. П. Павлов выделил три сильных и один слабый тип нервной системы: 1) сильный тип с преобладанием процессов возбуждения (холерики); 2) сильный тип с преобладанием процессов торможения (флегматики); 3) сильный тип с уравновешенными процессами возбуждения и торможения (сангвиники); 4) слабый тип со слабыми процессами возбуждения и торможения (меланхолики). Схема типов высшей нервной деятельности приведена на рис. 38.

В связи с наличием у человека второй сигнальной системы И. П. Павлов выделил три основных типа высшей нервной деятельности, присущих только человеку, положив в основу соотношение между первой и второй сигнальной системой: 1) художественный тип с преобладанием первой сигнальной системы; 2) мыслительный тип с преобладанием второй сигнальной системы; 3) средний тип с уравновешенностью первой и второй сигнальных систем. Люди художественного типа

ярко, образно
себя чувствуют
ного типа нер
ям, они нереш
Как было с
лежат процесс
постоянно сме
са другим прои
ние или тормо
Тогда говорят
буждения или
Переход от
доть через опре
клетки, которые
(гипнотичес
в ответ на сильн
акцию, чем на с
реакция нервны
реагируют нерв
выделяют разли
теризуется тем,
ли получается од
ная фаза — на
по силе реакция
ная фаза — от
ни на слабые по
ответ на тормозн
возникновения э
Например, у соб
ударов метроном
ударов пищи не
собаки вырабат
метронома с час
слюна и до дачи
150 ударов у соба
ных корковых кл
чае звук метроно
ся тормозным ра
сальной фазы ра
раздражитель 10
произойдет. На
хание условных
ние, и, наконец,
Если развива
реагировать на л
Гипнотический
в момент засыпа

ярко, образно воспринимают действительность. Они уверенно себя чувствуют в окружающей обстановке. Люди мыслительного типа нередко бывают склонны к рассуждениям, сомнениям, они нерешительны.

Как было сказано выше, в основе нервной деятельности лежат процессы возбуждения и торможения. Эти процессы постоянно сменяют друг друга. Обычно смена одного процесса другим происходит быстро. В случаях патологии возбуждение или торможение очень долго не сменяется одно другим. Тогда говорят о появлении застойного (инертного) очага возбуждения или торможения.

Переход от возбуждения к торможению может происходить через определенные промежуточные состояния нервной клетки, которые называются фазовыми состояниями (гипнотическими фазами). Обычно нервные клетки в ответ на сильный раздражитель дают большую ответную реакцию, чем на слабый; при наличии же фазовых состояний реакция нервных клеток меняется. В зависимости от того, как реагируют нервные клетки на те или иные раздражители, выделяют различные фазы. Уравнительная фаза характеризуется тем, что в ответ на сильный и слабый раздражители получается одинаковая по силе реакция. Парадоксальная фаза — на слабые раздражители возникает большая по силе реакция, чем на сильные. Ультрапарадоксальная фаза — ответной реакции не наступает ни на сильные, ни на слабые положительные раздражители, она возникает в ответ на тормозной раздражитель, т. е. на такой, который до возникновения этой фазы вызывал в клетках торможение. Например, у собаки вырабатывают дифференцировку. Сто ударов метронома в минуту подкрепляют пищей, во время 150 ударов пищи не дают. Через определенное число сочетаний у собаки вырабатывается условный рефлекс. При включении метронома с частотой 100 ударов у нее начинает выделяться слюна и до дачи пищи. При включении метронома с частотой 150 ударов у собаки слюна не выделяется. Но вот в определенных корковых клетках развивается торможение. В этом случае звук метронома частотой 150 ударов в минуту, являвшийся тормозным раздражителем, при наличии ультрапарадоксальной фазы будет вызывать выделение слюны, а на раздражитель 100 ударов метронома выделение слюны не произойдет. Наркотическая фаза — постепенное затухание условных рефлексов вначале на слабые, затем на средние, и, наконец, на сильные условные раздражители.

Если развивается полное торможение, клетки перестают реагировать на любые раздражители.

Гипнотические фазы у здоровых людей можно наблюдать в момент засыпания, просыпания или неглубокого сна. При

некоторых психических заболеваниях это частичное торможение может длительно сохраняться и в период бодрствования.

И. П. Павлов различал три вида торможения: внешнее, внутреннее, и охранительное (запредельное). Примером внешнего торможения может служить следующее явление. Если в коре головного мозга возникают два очага возбуждения, то более слабый из них в силу закона отрицательной индукции затормаживается.

Внутреннее торможение присуще только коре головного мозга. Оно образуется так же, как и условные, временные связи, и лежит в основе тормозных условных рефлексов. И. П. Павлов выделил несколько видов внутреннего торможения: угасательное, условное, запаздывающее и дифференцировочное. Внутреннее торможение имеет весьма существенное значение в поведении человека. Ослабление его приводит к ряду нарушений. В основе сна лежит процесс внутреннего торможения, распространяющийся по всей коре головного мозга.

Охранительное торможение. Величина ответной реакции нервной клетки зависит от силы раздражителя, но она не возрастает беспредельно. Этот предел зависит от выносливости нервной клетки. Может наступить такой момент, когда она перестанет справляться с предъявляемой к ней нагрузкой. В этих случаях в ответ на последующие раздражения в ней разовьется запредельное (охранительное) торможение. Оно потому называется охранительным, что предохраняет клетку от разрушения.

Нервные клетки восстанавливают свои энергетические запасы только тогда, когда они находятся в состоянии торможения. На основании этого положения И. П. Павловым было теоретически обосновано значение лечебного сна.

СИМПТОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

РАССТРОЙСТВО ВОСПРИЯТИЙ

Расстройства восприятия у психически больных людей выражаются в форме иллюзий и галлюцинаций.

Иллюзии

Иллюзии — это искаженные восприятия реально существующих предметов. Иллюзии подразделяются по органам чувств: зрительные, слуховые, обонятельные, тактильные и вкусовые. Примерами зрительных иллюзий могут служить следующие явления: висящий в комнате халат принимается за человека, куст в лесу — за какого-то зверя. К слуховым иллю-

зиям относится, например, такое явление, когда шум падающих капель воспринимается как отдельные слова или фразы.

Иллюзии нередко наблюдаются и у психически здоровых людей, особенно в тех случаях, когда восприятие окружающего бывает неотчетливым (полумрак, шумное помещение) или человек находится в состоянии эмоционального напряжения (ожидание, страх, особенно то и другое одновременно).

Иллюзии (главным образом зрительные и слуховые) нередко возникают у больных инфекционными болезнями, при отравлении ядовитыми веществами, а также в состоянии тяжелого истощения.

Выделяют еще так называемые физические иллюзии. Например, ложка, опущенная в стакан с водой, кажется надломленной. Это явление объясняется тем, что лучи света имеют неодинаковый угол преломления при прохождении в различных средах (вода и воздух).

Патология физиологии иллюзий. Установлено, что иллюзии возникают в тех случаях, когда к ощущениям присоединяются несоответствующие представления. Так, например, если к ощущению от висящего халата присоединится представление не о халате, а о человеке, то халат будет воспринят как человек. Способствовало этому то, что в данный момент в силу каких-то обстоятельств имелось яркое представление о человеке.

Галлюцинации

Галлюцинациями называются мнимые восприятия или восприятия без объекта.

Если при иллюзиях действительно существующие предметы воспринимаются искаженно, то при галлюцинациях человек что-то видит, слышит, хотя реальный, точнее адекватный, раздражитель отсутствует.

Сновидения у здоровых людей сходны с галлюцинаторными переживаниями. В период бодрствования у здорового человека галлюцинации встречаются крайне редко.

Галлюцинации, как и иллюзии, подразделяются по органам чувств. Чаще наблюдаются зрительные, слуховые и обонятельные галлюцинации. В зависимости от характера заболевания преобладают то одни, то другие галлюцинации.

Так, например, зрительные галлюцинации (рис. 39) чаще встречаются при острых интоксикационных психозах (например, белая горячка), инфекционных заболеваниях. Больной может видеть людей, животных, различных чудовищ. Галлюцинаторные образы бывают неподвижные, но могут находиться и в движении, яркие и блеклые. Бывает и так, что больной сам принимает активное участие в

тех сценах, которые разыгрываются в его галлюцинациях (от кого-то спасается, что-то ловит).

Слуховые галлюцинации особенно часто встречаются при шизофрении и алкогольном галлюцинозе (рис. 40). Больной слышит какие-то звуки или человеческие голоса. Голоса могут быть знакомые и незнакомые: у отдельных боль-

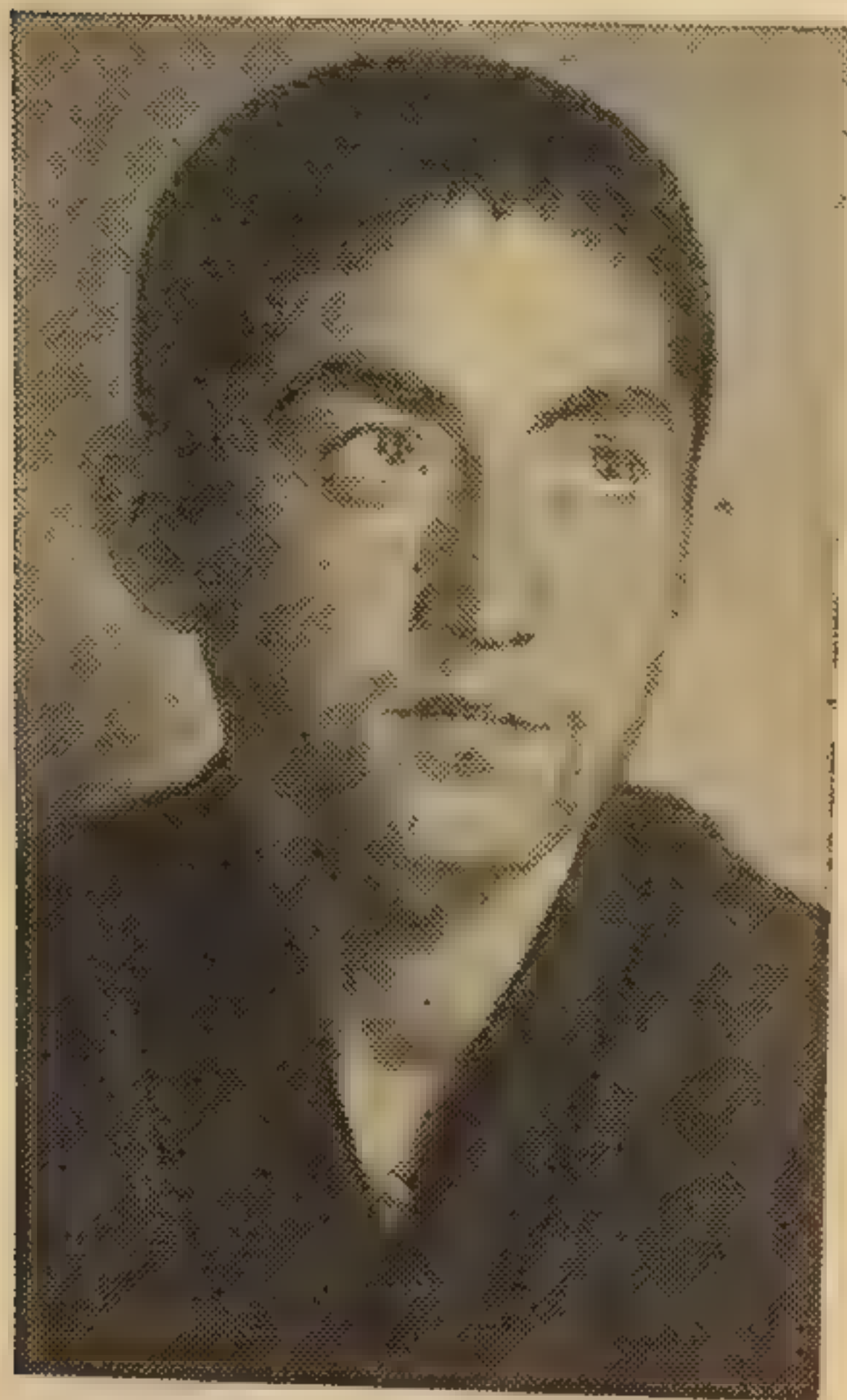


Рис. 39. Устремленный взгляд больного со зрительными галлюцинациями.

ных они слышатся с разных сторон и на различном расстоянии. Содержание слуховых галлюцинаций может быть различно: то больной мирно ведет беседы с голосами, то они его осуждают или отдают ему приказания, например: «Не ешь!», «Не отвечай на вопросы!». Часто больным слышатся так называемые отклики, когда им кажется, что их кто-то зовет по имени.

Обонятельные галлюцинации, как и слуховые, чаще встречаются при шизофрении. Больные ощущают запахи, как правило, неприятного характера: пахнет тухлым, гнилью, какими-то ядовитыми газами.

Больные зажимают нос, затыкают ноздри ватой (рис. 41).

Поведение больного в момент переживания галлюцинаций в значительной степени зависит от того, как больной к ним относится. Отношение больного к галлюцинациям может быть

критическим и некритическим. О критическом отношении говорят в тех случаях, когда больной оценивает галлюцинации как болезненное проявление. Иногда такие больные продолжают работать и тщательно скрывают от окружающих наличие у них галлюцинаций. О некритическом отношении говорят тогда, когда галлюцинаторные голоса или образы принимаются за реально существующие. В подобных случаях поведение больного нередко определяется содержанием галлюцинаций. Так, например, одной больной голоса приказали вылить на себя кипяток, и она это выполнила, получив тяжелые ожоги ног. Другому больному, когда он ехал в поезде, голоса приказывали разорвать железнодорожный билет. Больной трижды выполнил это требование, на первой же станции покупая новый билет. Когда он приехал и вышел

из вагона, прохожих. Все опми. Если руются во да больном органов чу

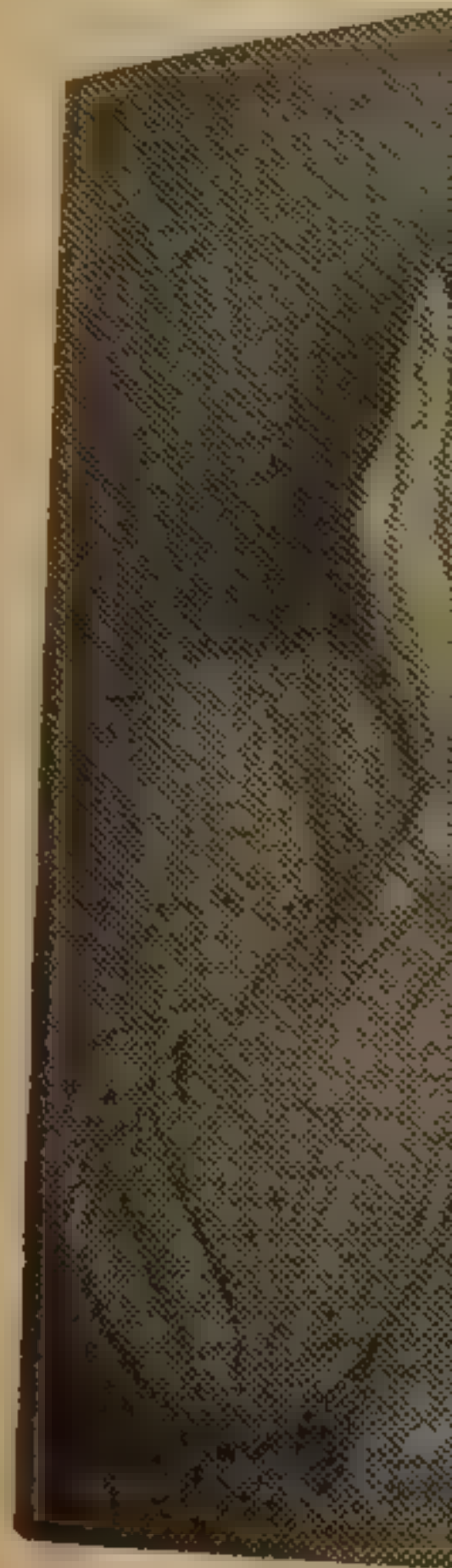


Рис. 40. Боми гал

циях, или п периодическ и одновременно серыми рят, что о видят «в Част ции, кот рода несл электрич бего давл вают при л Патоф механизмах давно. Много хиатром XIX

из вагона, голоса приказали ему отдать чемодан одному из прохожих, что он и попытался сделать.

Все описанные выше галлюцинации называются истинными. Если же галлюцинаторные голоса или образы не проецируются во вне, а локализуются где-то в пределах головы, когда больному кажется, что воспринимает он их не посредством органов чувств, а «умственно», говорят о ложных галлюцина-



Рис. 40. Больная со слуховыми галлюцинациями.



Рис. 41. Больной с обонятельными галлюцинациями.

циях, или псевдогаллюцинациях. Например, больной периодически слышал в голове голос, который говорил «черт», и одновременно с этим видел в голове это же слово, написанное серыми буквами. Больные в таких случаях нередко говорят, что они слышат «внутренним ухом» (их «намысливают»), видят «внутренним оком», им «делают видения».

Часто встречаются так называемые телесные галлюцинации, которые выражаются в том, что появляются различного рода неприятные ощущения в теле: ощущение прохождения электрического тока, лопания «пузырьков в кишечнике», особого давления. Этого рода галлюцинации особенно часто бывают при шизофрении и энцефалите.

Патофизиология галлюцинаций. Вопросами о механизмах возникновения галлюцинаций ученые занимаются давно. Многие в этом отношении было сделано русским психиатром XIX столетия В. Х. Кандинским.

Имеется несколько теорий галлюцинаций. Мы остановимся на двух из них. Согласно первой теории, галлюцинации возникают вследствие появления патологических очагов инертного возбуждения в центральном (корковом) конце того или иного анализатора. Например, при зрительных галлюцинациях такой очаг возбуждения находится в затылочной доле головного мозга.

Исследования Е. А. Попова и его сотрудников показали, что в основе галлюцинаций может лежать не процесс возбуждения, а процесс частичного торможения в коре головного мозга. Иными словами, согласно этой концепции, галлюцинации возникают в период, когда в коре головного мозга имеются переходные (гипнотические) фазы (см. стр. 101).

Связь возникновения галлюцинаций с неполным торможением коры доказывается и воздействием некоторых фармакологических средств. Так, например, если больному давать кофеин, который усиливает процессы возбуждения, то галлюцинации ослабевают. Если же давать бром, который усиливает процессы торможения, то галлюцинации могут усиливаться. В пользу тормозной теории галлюцинаций говорят и факты усиления их в условиях, способствующих развитию торможения (вечерние часы, тишина).

РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ

Память — это способность сохранять и воспроизводить прошлый жизненный опыт. Обычно принято считать, что память складывается из способности воспринимать, удерживать то, что воспринято, и воспроизводить его. В практике чаще всего приходится иметь дело с нарушениями способности воспроизведения.

От всего, что воспринимается человеком, в головном мозгу остается больший или меньший след. У взрослого человека в головном мозгу имеется бесконечное множество следов прошлых восприятий. Но не все следы могут быть воспроизведены. Некоторые события вспоминаются легко, другие — с большим трудом, а третьи совершенно не удается вспомнить. От чего это зависит?

Рядом исследователей установлено, что в основе памяти лежат ассоциации, т. е. условные связи. Прочность этих ассоциаций зависит от давности и силы восприятия, частоты повторений, эмоционального отношения к тому, что воспринималось, от числа представлений, имеющих уже в мозгу или возникших в момент восприятия, с которыми данное восприятие свяжется (ассоциативная связь). Следовательно, если восприятие можно связать с прошлым жизненным опытом, его легче вспомнить, чем то, которое не имеет такой связи.

Наруш
и воспом
что челов
ал. В под
тать мно
ее содерж
Бывает
текст одно
новое. По
ском псих
риосклеро
К нару
общий упа
ловек с бо
знал, или
Так, бо
два произ
гане»); бол
у него внут
только дву
протяжени
А мне з
памяти вы
резок врем
приходится
когда из па
левания, и
отрезок вре
стоянии за
памяти по
трясении м
они не мог
при каких
случай.
Иногда
нием лож
тия прошл
преподава
ла нескол
с начальн
Большин
рассказыва
тем, чего в
говорят о к
рый около 3
назад верну
рушения пам

Нарушения памяти делятся на расстройства запоминания и воспоминания. Нарушения запоминания проявляются в том, что человек утрачивает способность усваивать новый материал. В подобных случаях он может одну и ту же страницу читать много раз и в то же время не в состоянии пересказать ее содержание.

Бывает даже так, что при повторных чтениях каждый раз текст одной и той же страницы воспринимается как нечто новое. Подобные состояния чаще наблюдаются при корсаковском психозе и других заболеваниях (старческий психоз, артериосклероз, инфекционные заболевания, травмы).

К нарушению воспоминания относится гипомнезия — общий упадок памяти. Это такое состояние, при котором человек с большим трудом вспоминает то, что когда-то хорошо знал, или некоторые события не может вспомнить вовсе.

Так, больной, по специальности инженер, назвал только два произведения А. С. Пушкина («Евгений Онегин» и «Цыгане»); больше он вспомнить не мог. На вопрос о том, сколько у него внуков, ответил, что четыре, но по имени смог назвать только двух, хотя в прошлом с ними жил в одной квартире на протяжении нескольких лет.

Амнезии. Об амнезии говорят в тех случаях, когда из памяти выпадают воспоминания событий на тот или иной отрезок времени. В зависимости от того, на какой период приходится он, различают ретроградную амнезию, когда из памяти выпадает какой-то отрезок времени до заболевания, и антероградную, когда из памяти выпадает отрезок времени после начала заболевания; больной не в состоянии запомнить текущих событий. Например, расстройство памяти по типу ретроградной амнезии отмечается при сотрясении мозга. По возвращении к больным сознания, они не могут вспомнить, чем занимались в этот день, при каких обстоятельствах с ними произошел несчастный случай.

Иногда нарушения памяти могут сопровождаться появлением ложных воспоминаний. Больные переносят события прошлого в настоящее. Например, больная, в прошлом преподавательница гимназии, на вопрос о том, что она делала несколько часов назад (1947), ответила: «Я имела беседу с начальницей гимназии и занималась с учениками».

Больные, страдающие расстройствами памяти, иногда рассказывают, что некоторое время назад они занимались тем, чего в действительности никогда не было. В этих случаях говорят о конфабляциях. Так, например, больной, который около 3 месяцев находился в больнице, уверял, что 2 дня назад вернулся из заграничного путешествия. Подобные нарушения памяти чаще бывают при органических поражениях

головного мозга (атеросклероз, прогрессивный паралич, сифилис головного мозга).

Патофизиология расстройств памяти. Расстройства памяти могут обуславливаться торможением ранее образовавшихся условных связей. Так, в некоторых случаях при улучшении психического здоровья больные вспоминают факты, о которых они не могли рассказать во время болезни. При органических заболеваниях память нарушается вследствие гибели нервных клеток головного мозга.

РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ

Расстройства мышления, с которыми приходится встречаться в психиатрической клинике, весьма разнообразны. Они могут проявляться в так называемом ускорении мышления. При этом мысли становятся настолько ускоренными, что больные не успевают их выразить словами. Таких больных бывает трудно понять, так как они при беседе пропускают отдельные слова, а иногда и фразы.

Подобное состояние наблюдается чаще в маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза. При этом же заболевании, но в депрессивной фазе, наблюдается замедление мышления. В этих случаях в сознании больных надолго задерживается какое-либо одно представление. Отвечают такие больные односложными фразами, медленно, с большими паузами между словами.

Ускорение и замедление мышления связаны с большей или меньшей легкостью возникновения представлений, которые в свою очередь находятся в тесной связи с ассоциативной деятельностью головного мозга.

О вязкости мышления говорят в тех случаях, когда у больных наблюдается патологическая обстоятельность. Если больного просят рассказать о чем-либо, он подолгу застревает на второстепенных деталях, с большой задержкой подходит к главному, существенному. Высказывания таких больных обычно очень трудно слушать. Патологическая обстоятельность нередко наблюдается при эпилепсии и может быть связана с инертностью (малоподвижностью) нервных процессов (возбуждения и торможения), характерной для этого заболевания.

Резонерство — это склонность к ненужным рассуждениям, к пустому мудрствованию. Предметом их обычно являются какие-либо факты, не заслуживающие внимания.

Разорванность мышления проявляется в том, что отдельные слова или обрывки фраз, правильно построенные грамматически, не связаны между собой. Понять высказывания таких больных иногда совершенно невозможно. Так,

наприм
чего, к
сказали
Резо
ся при

Под
ненные
чивых в
В от.

состояни
ношение
движени
могут.

Явлен
вых люде
наться м
забыть. У
жаются б
они могут
Навяз
заболеван
стения.

Навязч
навязчиво
бо инфекц
закрытых
мер, больн
бешенство
он не може
бешеная со
может быт
От сослуж
вает.

Навязч
сомнения. И
вается, пол
возвращает
сомневается

Навязч
могут быть
чивое желан
тронуться р
больная исп
ка. Эта мыс

например, больной на вопрос о самочувствии отвечает: «Ничего, капустаная склока, причем тут Виноградов, а вы мамке сказали».

Резонерство и разорванность мышления чаще встречаются при шизофрении.

Навязчивые состояния

Под этим названием объединяются разнообразные болезненные состояния, которые могут проявляться в форме навязчивых воспоминаний, страхов, сомнений, желаний, действий.

В отличие от бреда (см. раздел «Бред») при навязчивых состояниях у больных почти всегда имеется критическое отношение к ним. Обычно они сознают нелепость этих мыслей, движений, страхов, борются с ними, но преодолеть их не могут.

Явления навязчивости встречаются и у психически здоровых людей. Многим известно, как назойливо может вспоминаться мотив какой-нибудь песни, который хотелось бы уже забыть. У здоровых явления навязчивости обычно не продолжаются больше нескольких часов или суток, у больных же они могут быть месяцы и годы.

Навязчивые состояния чаще всего встречаются при таких заболеваниях, как невроз навязчивых состояний и психастения.

Навязчивые страхи (фобии). У одних больных эта навязчивость выражается в форме страха заболеть каким-либо инфекционным заболеванием, у других — в форме страха закрытых помещений или страха переходить улицу. Например, больной в течение многих лет испытывает страх заболеть бешенством. У него постоянно появляются мысли, от которых он не может освободиться, что его на улице незаметно укусит бешеная собака или крыса. Он хорошо понимает, что этого не может быть, тем не менее навязчивый страх его не покидает. От сослуживцев свои переживания больной тщательно скрывает.

Навязчивые сомнения. Больных постоянно мучают сомнения. Например, возвращаясь с работы, больной сомневается, положил ли он документы, куда следовало, иногда возвращается по нескольку раз, проверяет; уходя из дома, сомневается, закрыты ли двери, выключен ли свет.

Навязчивые желания. По своему содержанию они могут быть самыми различными. У больных появляется навязчивое желание выпрыгнуть из окна многоэтажного дома, дотронуться рукой до быстро проходящей автомашины. Одна больная испытывала желание выбросить в окно своего ребенка. Эта мысль пугала ее, она уходила подальше от окна, прося-

ла его забить. Другая больная 60 лет, будучи религиозной, при приближении к церкви испытывала навязчивое желание произносить богохульные слова. Это ее необычайно тяготило, но избавиться от этого она не могла.

Навязчивые действия. При этом состоянии у больных появляются навязчивые действия: считать окна домов, телеграфные столбы, складывать цифры номеров проезжающих машин. Иногда они выражаются в частом кашле, зажмуривании глаз, мытье рук.

Патофизиология навязчивых состояний. В основе этих состояний, так же как и в основе бреда, лежит инертный (застойный) очаг возбуждения или ультрапарадоксальная фаза.

При навязчивых состояниях в отличие от бреда инертный очаг бывает более слабым, следовательно, и индукционное торможение вокруг этого очага менее выраженным. Если больной начинает заниматься работой, которая его увлекает, то явления навязчивости могут ослабевать. По-видимому, в таких случаях в коре возникают новые очаги возбуждения, вокруг которых распространяется торможение, и инертный (застойный) очаг слабеет. Лицам с навязчивыми состояниями не рекомендуется бросать работу.

При навязчивых состояниях остальные отделы коры функционируют нормально, поэтому у больного имеется к навязчивым желаниям критическое отношение и он их никогда не осуществляет, особенно если это связано с правонарушением.

Бред

Бред — это умозаключение, не соответствующее действительности, возникшее на болезненной основе, не поддающееся критике и коррекции. Заблуждаться может каждый психически здоровый человек, но его можно разубедить. Если же у человека возник бред, то сколько бы его ни пытались разубедить в том, что он не прав, какие бы доводы ни приводили, достигнуть этого не удастся.

Бред является несомненным признаком психического заболевания. При различных болезнях преимущественно встречаются определенные формы бреда.

Бред отношения. Больной начинает утверждать, что ряд окружающих его явлений и предметов имеет к нему прямое отношение. Если кто-нибудь разговаривает или улыбается, больной считает, что речь идет именно о нем, что над ним смеются. Например, больному кажется, что лежащая на столе вилка имеет к нему какое-то особое отношение, этим дается какой-то намек.

Бред
больные
предста
окно. н
переезд
порта н
жить в

Бред
отравить,
отказыва
нижнего
решил на
ние газа.
выяснили
скую клин
Бред
верждают
альных ма
руководя
утверждал
испортил
деляются
И по х
мнимой бо
разнообраз
другие, что

Бред преследования. При бреде преследования больные утверждают, что за ними следят подосланные люди, представители «шпионской» организации, подглядывают в окно, наблюдают на улице (рис. 42). Такие больные во время переездов могут делать много пересадок с одного вида транспорта на другой; с целью скрыться от врагов они переезжают жить в другой город.



Рис. 42. Напряженный взгляд больного с бредом преследования.

Бред отравления. Больные считают, что их хотят отравить, в пищу подсыпают яд. Иногда в связи с этим они отказываются от еды. Один больной был убежден, что соседи нижнего этажа пускают к нему в комнату через пол газ. Он решил налить на пол воды, чтобы предотвратить проникновение газа. Вода протекла вниз, повредила штукатурку. Когда выяснились обстоятельства, он был доставлен в психиатрическую клинику.

Бред физического воздействия. Больные утверждают, что на них воздействуют лучами каких-то специальных машин, радиоволнами, нанося вред их здоровью или руководя их движениями, поступками. Например, больной утверждал, что его сосед по квартире «через постукивания» испортил «клапаны пищевода», поэтому у него через рот выделяются кишечные газы.

Ипохондрический бред. Больные заявляют о своей мнимой болезни (рис. 43). Высказывания их при этом бывают разнообразны. Одни утверждают, что у них гниет желудок; другие, что у них в кишечнике застряла кость, которая про-

иикла в позвоночник; третьи считают, что их сердце давно перестало работать и они скоро погибнут. Описанные формы бреда характерны для шизофрении.

Бред величия и богатства. Больные считают себя великими полководцами или учеными, изобретателями или богачами, имеющими много денег, вагоны золота. Один боль-



Рис. 43. Больная с ипохондрическим бредом, постоянно носившая «мозговую повязку».

ной уверял, что его ежедневно ожидает самолет, на котором он по утрам летает на Северный полюс для прогулок. Подобный вид бреда, характеризующийся крайней нелепостью, особенно часто встречается у больных со слабоумием, например прогрессивным параличом.

Бред ущерба. Этот вид бреда типичен для больных со старческим психозом. Они убеждены, что их обворовывают, в связи с этим обычно прячут свои вещи, а так как у них, как правило, расстроена память и они забывают, куда спрятали вещи, то это подкрепляет их бредовые мысли. Находясь в больнице, такие больные иногда свертывают все постельные принадлежности в узел и пытаются спрятать их от мнимых грабителей и воров.

Бред самообвинения. Больные считают себя преступниками, нередко утверждают, что в результате их деятельности нанесен непоправимый вред государству, семье. Заявляют, что они должны понести тяжелое наказание. Появляются мысли, а иногда и попытки к самоубийству. Этот вид бреда характерен для предстарческих психозов.

Существуют еще различные виды бреда, но описанные выше встречаются наиболее часто. Следует иметь в виду, что одна и та же форма бреда имеет у каждого больного свои индивидуальные особенности. Так, например, больной, по специальности инженер, утверждал, что он изобрел прибор, с помощью которого можно определять местонахождение урановых руд, что он скоро в стране станет известным человеком. Бред величия у другого больного проявляется в том, что он заявил об изобретении им способа оживления мертвых с по-

мощью капусты
о нелепом бре
Патофизи
бред бывает с
скими механи
ультрапарадок
лениях навязч
занные патоло
сивно.

Возникнове
лением патоло
этот очаг буде
нам отрицател
Последнее бы
связь между с
коры. Поэтому
человек не мо
мере использо
его распоряже

С наличием
только определ
бред самообви
мысль о како
больной при н
считать себя п

Слабоумие
которого у чел
между окружа
отделять глав
к своим выск
уменьшается з
Больным н
вора, речь иде
Различаю

При
блюдаются
поврежде
При о
чаще всего
мозга в бол
следующими
ческими психо
травмой голо
Известен сл

8 Нервные и психиче

мощью капустного сока. Во втором случае следует говорить о нелепом бреде изобретательства.

Патология бреда. По мнению И. П. Павлова, бред бывает обусловлен чаще всего двумя патофизиологическими механизмами: инертным очагом возбуждения или ультрапарадоксальной фазой, как это наблюдается при явлениях навязчивости. Однако при навязчивых состояниях указанные патологические нарушения выражены менее интенсивно.

Возникновение какой-то бредовой мысли связано с появлением патологического очага возбуждения в мозгу. Если этот очаг будет сильным и инертным, то вокруг него по законам отрицательной индукции образуется стойкое торможение. Последнее бывает настолько сильным, что может прервать связь между очагом возбуждения и остальными участками коры. Поэтому при бреде всегда отсутствует критика, т. е. человек не может при оценке своей бредовой идеи в полной мере использовать прошлый жизненный опыт и имеющиеся в его распоряжении факты.

С наличием ультрапарадоксальной фазы бывают связаны только определенные виды бреда. К ним, например, относится бред самообвинения. Так, если у человека в прошлом всякая мысль о каком-то правонарушении затормаживалась, то больной при наличии ультрапарадоксальной фазы начинает считать себя преступником.

СЛАБОУМИЕ

Слабоумие—это расстройство мышления, в результате которого у человека снижается способность понимать связь между окружающими явлениями, утрачивается способность отделять главное от второстепенного, утрачивается критика к своим высказываниям, поведению. Ослабевают память, уменьшается запас знаний, представлений.

Больным не удаются отвлечения и обобщения. Иначе говоря, речь идет о явно выраженном снижении интеллекта. Различают два вида слабоумия: врожденное и приобретенное.

При врожденном слабоумии (олигофрении) наблюдается недоразвитие мозга в результате внутриутробных повреждений или заболеваний в раннем детском возрасте.

Приобретенное слабоумие (деменция) является чаще всего следствием органического поражения головного мозга в более позднем возрасте, что чаще обуславливается следующими заболеваниями: прогрессивным параличом, старческими психозами, атеросклерозом сосудов головного мозга, травмой головного мозга (рис. 44).

Известен случай, когда больной, страдавший слабоумием,

для того чтобы выгнать из комнаты налетевших комаров, развел на полу костер, в результате чего возник пожар. Другой больной проржавевшую крышу дома заклеивал газетной бумагой. Такое поведение больных свидетельствует о том, что они утратили способность понимать взаимосвязь между



Рис. 44. Выражение лица больного с приобретенным слабоумием.

окужающими явлениями. Один из этих больных на вопрос, в чем состоит главная разница между пароходом и поездом, ответил, что у парохода труба несколько шире. Другой считал, что различие между трамваем и троллейбусом заключается в том, что троллейбусы чаще бывают синие, а трамваи—красные. Больные со слабоумием утрачивают способность логически мыслить, обобщать, анализировать и теряют критику к своему поведению, высказываниям и к окружающей обстановке. Слабоумие, которое иногда развивается при шизофрении, имеет свои отличительные особенности. Такие больные в ряде случаев могут решать сложные задачи и в то же время оставаться совершенно неприспособленными к жизни.

Патология слабоумия. В основе слабоумия чаще лежит грубое органическое поражение головного мозга (гибель нервных клеток), что и приводит к тяжелым расстройствам высшей нервной деятельности. Резко расстраивается формирование новых условных рефлексов, вплоть до полной невозможности образовать их. Ранее образовавшиеся в процессе индивидуального развития сложные системы условных рефлексов начинают разрушаться. При шизофреническом слабоумии, надо полагать, что эти системы условных рефлексов, в основном, тормозятся и лишь при каких-то определенных условиях они могут начать нормально функционировать.

РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИИ

Под эмоциями понимаются чувства. Известны чувства радости, печали, гнева, любви. Эмоции имеют большое значение в жизни человека. В норме все психические процессы

сопрово
от эмо
лость в
рес, чу
На с
личных
висимо
возника
ляют на
в течени
Бурн
доть, то
В тех
ем созна
такого с
рушение
всегда п
тологиче
Об эм
высказы
ходят в
известно
в крови,
га, сердц
имеет ва
мя волне
ра, а от к
В наст
эмоций в
дения пок
ми в случ
Если у вз
цессы осл
чаях усил
Следуе
эмоции, к
жизни на
сложные.
ствуют ко
При ра
повышени
К повы
ния, как эй
эмоционал
Эйфор
жающее во
больные мн

сопровождаются теми или иными эмоциями. В зависимости от эмоционального отношения к выполняемой работе усталость возникает в разные сроки. Если работа вызывает интерес, чувство усталости может долго не появляться.

На организм человека постоянно действует множество различных раздражителей как внешних, так и внутренних. В зависимости от характера раздражителя и состояния организма возникают те или иные чувства, которые, суммируясь, определяют настроение. Настроение у каждого здорового человека в течение суток может колебаться в известных пределах.

Бурное проявление эмоций называют аффектом (гнев, радость, тоска, страх).

В тех случаях, когда аффект сопровождается помрачением сознания, говорят о патологическом аффекте. Во время такого состояния человек может совершить тяжелое правонарушение. По окончании этого периода часто наступает сон и всегда полная амнезия на события, происшедшие за время патологического аффекта.

Об эмоциональном состоянии судят по мимике, движениям, высказываниям больного, по тем изменениям, которые происходят в обмене веществ, и по вегетативным реакциям. Как известно, при некоторых эмоциях меняется количество сахара в крови, изменяется вязкость крови, расширяются сосуды мозга, сердца, легких, почек. Все это не является случайным и имеет важное биологическое значение. Так, например, во время волнения и страха увеличивается в крови количество сахара, а от количества сахара в крови зависит питание мышц.

В настоящее время установлено, что рефлекторная дуга эмоций в основном замыкается в подкорковой области. Наблюдения показывают, что эмоции бывают наиболее выраженными в случаях преобладания подкорки, например у ребенка. Если у взрослого человека поражается кора и корковые процессы ослабевают, то проявление эмоций нередко в этих случаях усиливается.

Следует помнить, что с подкоркой связаны примитивные эмоции, которые имеются с момента рождения. В процессе жизни на их базе с участием коры возникают эмоции более сложные. Поэтому считают, что в возникновении эмоций участвуют кора и подкорка.

При разных психических заболеваниях можно говорить о повышении или о понижении эмоциональности.

К повышенной эмоциональности относятся такие состояния, как эйфория, депрессия, тревога, страх; к пониженной — эмоциональная тупость, безразличие.

Эйфория — приподнятое настроение, когда все окружающее воспринимается в радужных тонах. В этом состоянии больные много смеются, всем бывают довольны. Эйфория

часто наблюдается при органических поражениях головного мозга, например при прогрессивном параличе. При маниакально-депрессивном психозе эйфория, как правило, сочетается со стремлением к деятельности.

Депрессия — состояние, противоположное эйфории. Больные испытывают чувство тоски. Все воспринимается в мрачных тонах, движения бывают замедлены. Нередки мысли о том, что жизнь больше не имеет смысла. Это состояние характерно для депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза.

Тревога. Больные испытывают тревожное предчувствие. Обычно эта тревога беспредметна. Иногда они ждут, что с ними или с их родственниками должно случиться что-то плохое. Как и при депрессии, нередко мысли о самоубийстве. Состояние тревоги чаще бывает у больных с предстарческими психозами.

Страх. Нередко страх занимает видное место на фоне депрессии или тревоги. Иногда больные боятся чего-то определенного, а иногда может быть так называемый безотчетный страх. Испытывая чувство страха, некоторые больные застывают в какой-то определенной позе, другие стремятся куда-то бежать.

Эмоциональная тупость. При незначительном понижении эмоциональности больные по сравнению с прошлым более равнодушны к происходящим вокруг их событиям, холодней относятся к своим близким, родным. Когда все это достигнет крайней степени, говорят об эмоциональной тупости. Больной становится апатичным, ему все безразлично. Например, на вопрос, желает ли он выписаться из больницы домой, больной отвечает, что ему все равно, где быть — дома или в больнице. Такие больные обычно не имеют никаких планов на будущее. К сообщению о гибели близкого человека могут отнестись с полным безразличием. Состояние это чаще наблюдается при шизофрении.

При этом же заболевании приходится встречаться с такими нарушениями в области эмоциональной сферы, когда внешние раздражители вызывают не соответствующие, неадекватные им эмоциональные проявления. Так, например, в ответ на сообщение о болезни близкого человека больной улыбается.

Патофизиология эмоциональных расстройств. Повышение эмоциональности обычно связывают с возбуждением подкорковой области. В работах В. П. Протопопова показано, что при маниакальном и депрессивном состоянии имеется инертный очаг возбуждения в подкорковой области. Понижение эмоциональности обусловлено снижением тонуса подкорковой области и коры. В тех случаях, когда

наруша
живани
ной реа
Пр

облегча
легко м
тельном
плача к
ся к эти
наруше

Созн
заны с
заболева
этих фу
большие
сти.

Так,
волевой
и двигат
движения

Речев
блюдаетс
обычно н
тивности
движения

В деп
всегда пр
часами с
ся. Во вр
зами.

Пониж
ряде орга
ный пара

При т
ется явно
торое так
манию
ность в
внимания
чается в
его раздра
раздражит
ный след.

нарушается взаимодействие между корой и подкоркой, переживания человека не согласуются с его внешней эмоциональной реакцией (смех в ответ на печальное известие).

При ослаблении корковых процессов создаются условия, облегчающие проявление эмоций. В этих случаях больные легко могут заплакать или засмеяться по самому незначительному поводу. При этом наблюдается легкость перехода от плача к смеху и наоборот. Больные часто критически относятся к этим проявлениям, но сдержать себя не могут. Описанное нарушение эмоций носит название *слабодушия*.

РАССТРОЙСТВА ВОЛЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Сознательные и целеустремленные действия человека связаны с волевыми функциями. При различных психических заболеваниях могут отмечаться разнообразные нарушения этих функций. Они в основном могут быть разделены на две большие группы: повышение и понижение волевой деятельности.

Так, например, при маниакальном состоянии повышение волевой активности проявляется главным образом в речевом и двигательном возбуждении, причем речевая продукция и движения больных носят целенаправленный характер.

Речевое и двигательное возбуждение в ряде случаев наблюдается и при шизофрении, но характер этого возбуждения обычно не дает оснований говорить о повышении волевой активности. При шизофрении речь часто бывает бессвязной, движения — бесцельными.

В депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза всегда происходит понижение волевой активности. Больные часами сидят в однообразных позах, ничем не могут заняться. Во время беседы отвечают медленно, односложными фразами.

Понижение волевой активности может наблюдаться и при ряде органических поражений головного мозга (прогрессивный паралич, опухоли мозга, церебральный атеросклероз).

При таком заболевании, как неврастения, часто наблюдается явно выраженное расстройство активного внимания, которое также относится к волевым функциям. Благодаря вниманию человек имеет возможность направлять свою деятельность в ту или другую сторону. Различают два вида внимания: пассивное и активное. Пассивное внимание заключается в способности человека реагировать на окружающие его раздражители без какого-либо волевого усилия. Эти раздражители в коре головного мозга оставляют определенный след. Например, человек, идущий по улице, не ставит

перед собой задачи наблюдать за тем, что встречается на его пути. Его рассказ о том, что он видел, будет в таком случае характеризовать его пассивное внимание.

Процесс активного внимания всегда связан с волевым усилием. Так, например, человеку, у которого имеется желание заниматься каким-либо делом, необходимо активное внимание, чтобы выполнить эту работу.

В случаях патологии может возникнуть повышенная отвлекаемость внимания. При этом расстройстве больной направляет свою деятельность на все, что попадает в его поле зрения, и ни одного дела не доводит до конца. Это состояние часто наблюдается при маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза.

При депрессивном состоянии этого же психоза отмечается прикованность внимания, т. е. в сознании больного доминирует какой-то определенный круг мыслей, оторваться от которых, переключиться на что-то другое удастся лишь с большим трудом.

Неустойчивость или истощаемость внимания встречаются при неврастении. Больные прилагают усилия, чтобы заняться каким-либо делом, но скоро замечают, что их внимание занято чем-то другим. Особенно ярко это можно наблюдать при чтении книги. Больной делает усилие, чтобы прочесть необходимое число страниц. После усвоения нескольких строчек он ловит себя на том, что читает механически, а мысли его заняты иным. Больной вновь принимает решение внимательно читать, но через некоторое время повторяется то же самое.

Патофизиология расстройств волевой деятельности. Установлено, что при сосредоточении внимания в коре головного мозга возникает динамический очаг возбуждения. Вокруг него по законам отрицательной индукции развивается торможение. Сила очага возбуждения зависит от состояния нервной системы и того интереса, который вызывает работа. По законам индукции чем сильнее очаг возбуждения, тем сильнее индукционное торможение вокруг него. Становится понятным, почему человек, увлеченный какой-то работой, может не замечать, что происходит вокруг (не слышит шума от проходящих машин, не замечает включенного радиоприемника, а иногда не слышит даже, когда его зовут). Это объясняется тем, что все раздражители, которые не имеют отношения к тому, чем он занимается, попадают в зону торможения. При неврастении и ряде других заболеваний торможение ослаблено. В этих случаях в ответ даже на слабый раздражитель со стороны нервных клеток возникает ответная реакция. Клинически это выражается в том, что человек утрачивает способность на чем-либо длительно сосредоточиваться и его все отвлекает.

Пр
ности
в коре
Кат
коры

В к
блюда
кое со
Одн
заболе
отмеча
же на
гим. О
привод

Соз
веком
о ясном
правила
отдает
С то
больше
мозга,
меня с
ем охва
В сл
нения,
хическо
шения с

При
бо реак
от них с
или про
нослуж
вокруг с
но. Оглу
до неско

При маниакальном состоянии повышение волевой активности объясняется преобладанием возбудительных процессов в коре головного мозга.

Кататоническое возбуждение обусловлено торможением коры и индукционным возбуждением подкорковой области.

ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

В клинической картине различных заболеваний часто наблюдается определенное сочетание отдельных симптомов. Такое сочетание симптомов называется синдромом.

Одни и те же синдромы могут встречаться при различных заболеваниях (например, синдром расстроенного сознания отмечается при инфекциях, травмах и опухолях мозга) или же на протяжении заболевания один синдром сменяется другим. Описание основных синдромов психических болезней приводится ниже.

СИНДРОМЫ РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ

Сознание — высшая форма отражения человеком окружающей среды. Когда клиницисты говорят о ясном сознании, то подразумевают, что человек в основном правильно ориентируется в окружающей обстановке, времени, отдает отчет во всех своих действиях.

С точки зрения физиологии сознание есть результат наибольшей активности тех или других участков коры головного мозга, которые постоянно то суживаются, то расширяются, меняя свои очертания. В каждый отдельный момент сознанием охватывается определенный круг представлений.

В случаях патологии могут наблюдаться расстройства сознания, во время которых бывают нарушены все стороны психической деятельности. Остановимся на основных видах нарушения сознания.

Состояние оглушения

При состоянии оглушения больные менее подвижны, слабо реагируют на окружающие раздражители. Для получения от них ответа вопрос приходится повторять по несколько раз или произносить его громче обычного. Больные отвечают одними сложными фразами, с большими паузами; к происходящим вокруг событиям в большинстве случаев относятся безучастно. Оглушенность может продолжаться от нескольких часов до нескольких дней и дольше. Когда это состояние проходит,

больные могут лишь частично рассказать о том, что с ними было. Состояние оглушенности часто встречается при различных заболеваниях (тиф, пневмония, травма головы, опухоль мозга, уремия, диабет).

Патофизиологически состояние оглушенности связывают с развитием в коре головного мозга торможения, вероятнее всего с наличием наркотической фазы, при которой, как известно, требуются большие по силе раздражители для вызывания ответной реакции.

Делириозное состояние

Делириозное состояние представляет собой сноподобное расстройство сознания с возбуждением. Оно прежде всего характеризуется наличием ярких зрительных галлюцинаций и иллюзий. Слуховые галлюцинации встречаются значительно реже. Больные переживают целые сцены, чаще устрашающего содержания. Нарушается ориентировка в месте и времени. Они иногда не узнают окружающих людей или принимают их не за тех, кем они являются на самом деле. В переживаемых сценах больные обычно принимают активное участие. Их поведение нередко обусловлено содержанием галлюцинаций. Делириозное состояние продолжается в среднем от нескольких часов до нескольких дней; к вечеру оно обычно усиливается. По окончании делириозного состояния больной может рассказать об отдельных имевших место переживаниях.

Делириозное расстройство сознания наблюдается при инфекциях, травмах, интоксикациях.

При нем, так же как и при других видах расстройства сознания, отмечается неполное торможение в коре головного мозга. Так как при делириозном состоянии имеются галлюцинации, можно полагать, что глубина торможения в определенных областях находится на стадии уравнительной или парадоксальной фазы.

Аментивное состояние

При аментивном расстройстве сознания больные совершенно не ориентируются в окружающей обстановке и утрачивают сознание своей личности. Они не в состоянии понять связь между окружающими явлениями и предметами. Иногда больные возбуждены, но при этом обычно остаются в пределах постели. Могут быть отрывочные галлюцинации. На вопросы больные не отвечают. Аментивное состояние может продолжаться до нескольких недель. После его окончания наблюдается полная амнезия. Встречается оно при истощении

ях, инфек
нервной д
возбужден

Это соо
ройства со
просы, не
расширень
ся патолог
ется при т
состоянии
мозга.

Клиник
Общим явл
и также вн
ничивается
по улицам,
несложную
случаях эт
поведение
цинаторных
них напада
в страхе бе
правонаруш
от нескольк
окончании
сказать, что
при эпилеп
При исто
поля созна

С
Ступор —
женности. Р
ный, психог
Депрес
акально-деп

ях, инфекциях, интоксикациях. При исследовании высшей нервной деятельности обнаруживается истощение процессов возбуждения и торможения.

Коматозное состояние

Это состояние выражает самую глубокую степень расстройства сознания. Больные совершенно не отвечают на вопросы, не реагируют даже на болевые раздражители. Зрачки расширены, реакция на свет отсутствует. Нередко появляются патологические рефлексy. Коматозное состояние встречается при тех же заболеваниях, что и оглушенность. При этом состоянии развивается полное торможение в коре головного мозга.

Сумеречное состояние

Клиника сумеречного состояния довольно разнообразна. Общим является то, что оно чаще всего внезапно развивается и также внезапно заканчивается. В одних случаях дело ограничивается сужением поля сознания: больные могут бродить по улицам, отвечать на вопросы, автоматически выполнять несложную работу, не отдавая себе в этом отчета. В других случаях это состояние сочетается с галлюцинациями. Тогда поведение больных часто определяется содержанием галлюцинаторных переживаний. Иногда больным кажется, что на них нападают, хотят убить. Они начинают защищаться или в страхе бегут. В это время они могут совершить те или иные правонарушения. Сумеречное состояние может продолжаться от нескольких минут до нескольких дней и даже недель. По окончании его наблюдается амнезия: больной не может рассказать, что с ним было. Сумеречные состояния наблюдаются при эпилепсии, истерии, травмах.

При истерии оно не сопровождается глубоким сужением поля сознания и не вызывает полной амнезии.

СИНДРОМЫ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Ступорозные состояния

Ступор — это состояние полной или частичной обездвиженности. Различают несколько видов ступора: депрессивный, психогенный, кататонический.

Депрессивный ступор наблюдается чаще при маниакально-депрессивном психозе. Больные при этом почти не в

состоянии совершить какое-либо действие или даже движение. Получить ответ на вопрос удастся с большим трудом; иногда больных приходится кормить из рук. На лице застывшая мимика печали и скорби (рис. 45).

При психогенном ступоре больные также неподвижны, сохраняют полное молчание, но когда в их присутствии говорят о травмирующей ситуации, которая вызвала это состояние, больные иногда проявляют ту или иную эмоциональную реакцию: краснеют, бледнеют, плачут.



Рис. 45. Поза и выражение лица больной с депрессивным ступором.

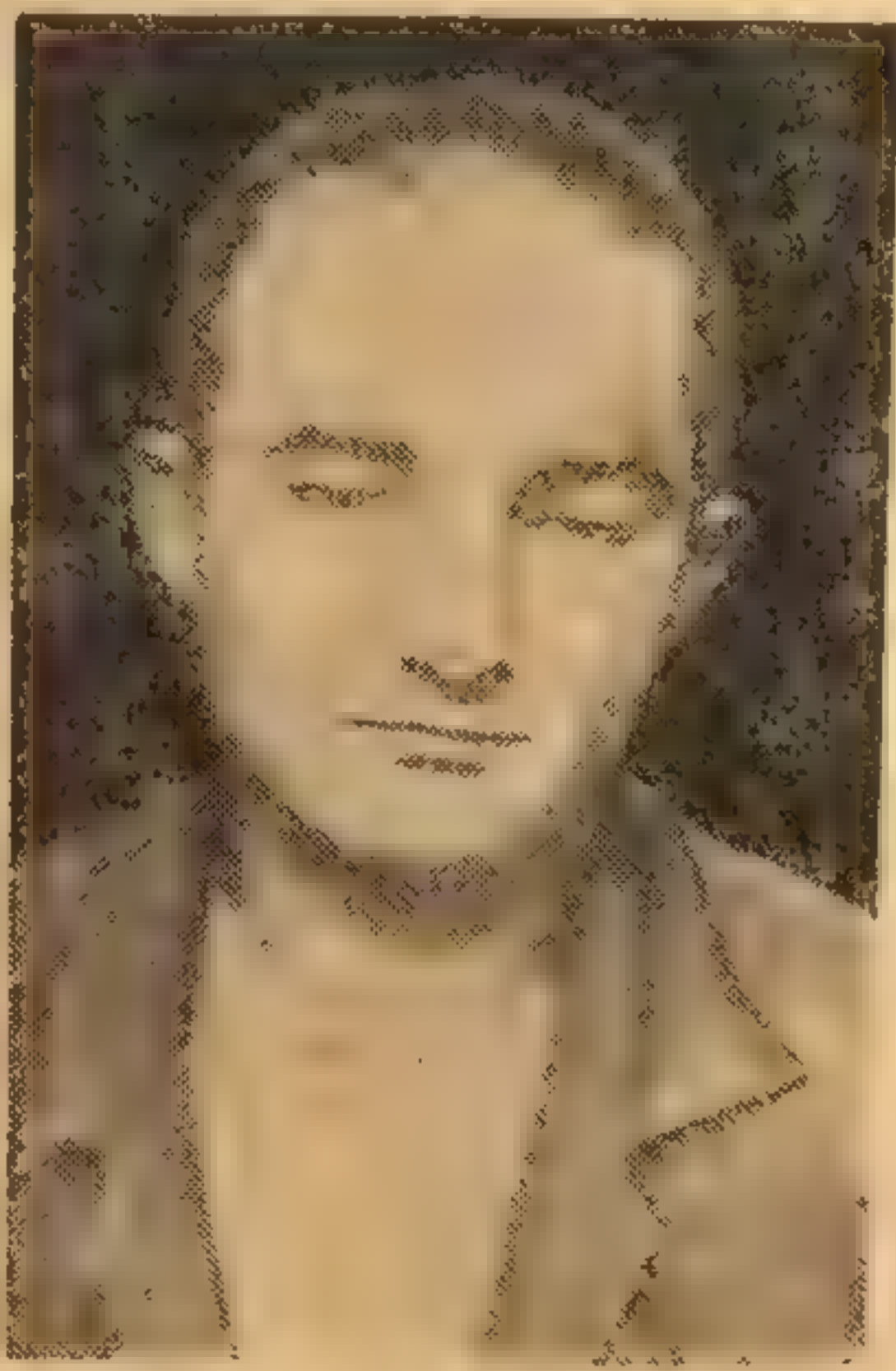


Рис. 46. Больной с вялым ступором.

Кататонический ступор чаще встречается при шизофрении и выражается в полной неподвижности. Состояние мышечного тонуса при этом может быть различным. В одних случаях наблюдается понижение мышечного тонуса (вялый ступор) (рис. 46) — поднятая вверх рука пассивно падает, в других — ступор протекает с повышением мышечного тонуса. Тогда или очень трудно изменить положение больного, или это совершенно не удастся. Иногда при кататоническом ступоре состояние мышц бывает таким, что больному можно легко придать любое положение, в котором он застывает. Это явление носит название восковой гибкости, или каталепсии. Кроме шизофрении, кататонический ступор может наблюдаться

при инфекции
нескольких
больные част
кормить их
Патофизи
ся развитие
ный анализ
пространяетс
мозга.

В психиат
с маниакальн
ниакально

маться к деятел
всех их действи
но в связи с по
одного дела не
иногда настоль
фразы, голос с
стоянно обращ
ниями.

В повседнев
форма маниака
акальный синдр
Маниакальн
но-депрессивном

при инфекциях и интоксикациях. Продолжительность его — от нескольких часов до многих месяцев. Во время ступора больные часто отказываются от пищи, что иногда вынуждает кормить их через зонд.

Патофизиологической основой всех видов ступора является развитие торможения в двигательных отделах (двигательный анализатор) коры головного мозга, которое нередко распространяется на подкорковые и ствольные образования мозга.

Состояния двигательного возбуждения

В психиатрической практике часто приходится встречаться с маниакальным и кататоническим возбуждением. При маниакальном возбуждении больные постоянно стре-



Рис. 47. Вычурная поза больного при гебефренном возбуждении.

мятся к деятельности, минуты не могут посидеть на месте. Во всех их действиях имеется определенная целенаправленность, но в связи с повышенной отвлекаемостью внимания они ни одного дела не доводят до конца. Больные много говорят, иногда настолько быстро, что пропускают отдельные слова, фразы, голос становится хриплым. Ко всем окружающим постоянно обращаются с различными вопросами и предложениями.

В повседневной практике чаще встречается более легкая форма маниакального состояния, так называемый гипоманиакальный синдром.

Маниакальное возбуждение наблюдается при маниакально-депрессивном психозе.

При кататоническом возбуждении движения бесцельны, неестественны, стереотипны, в них нельзя усмотреть какого-либо намерения больного. Иногда двигательное возбуждение охватывает лишь отдельные группы мышц, например, при полной неподвижности ног больной совершает какие-то движения руками, гримасничает, выкрикивает отдельные слова. Речь носит разорванный характер. Кататоническое возбуждение встречается при шизофрении.

О патофизиологических механизмах кататонического возбуждения сказано ниже, в главе о шизофрении.

Гебефренное возбуждение. Больные при этом бывают манерны, кривляются, гримасничают, принимают неестественные позы (рис. 47), иногда без причины смеются. Могут быть агрессивны. Занимаются пустословием, переиначивают слова. О патофизиологических особенностях при гебефренном возбуждении также сказано в разделе «Шизофрения».

СИНДРОМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Маниакальный синдром

У больных отмечается повышенное настроение. Они переоценивают свои возможности и способности, развивают бурную деятельность, любая работа кажется легкой и простой. Течение представлений ускорено. Больные находятся в состоянии двигательного и речевого возбуждения, описанного выше, спят очень мало и в то же время не испытывают чувства усталости. При подобных эмоциональных нарушениях, но протекающих в более легкой форме, говорят о гипоманиакальном синдроме.

Депрессивный синдром

При этом состоянии больные испытывают чувство тоски, все им рисуется в мрачных красках, движения заторможены. У больных нередко развиваются идеи самообвинения. Они начинают пересматривать всю свою прошлую жизнь и находят в ней все только плохое, мрачное. Часто возникают мысли о самоубийстве, отказ от пищи, плохой сон. Иногда состояние тоски бывает сильнее утром, вечером отмечается некоторое облегчение.

Тревожно-депрессивный синдром

Тоскливое настроение сочетается с тревогой, ожиданием каких-то несчастий. Больной не может сидеть на месте, занять-

ся каким-ни
к самоубийс
сенильными

В психиа
дело с двумя
и истериче
припадок пр
ют эпилепт
ный припад
при эпилепс
болеваниях,
ме головы, с
росклерозе
мозга, назыв
ным.

Эпи
и эпилепти

Во время
внезапно тер
ет, лицо е
принимает
Тотчас нач
судороги,
ся в напряж
туры тела.
кунд тонич
няются кло
гами, проявл
слаблением
1—2 минуты
сложности п
нут. Во врем
исчезают та
ступа нере
об эпилепт

Начало и
кими-то опре
вивается не
нии больные

ся каким-нибудь делом, плохо ест и спит. Могут быть попытки к самоубийству. Этот синдром характерен для больных с пресенильными психозами (рис. 48).

СУДОРОЖНЫЕ СИНДРОМЫ

В психиатрической практике в основном приходится иметь дело с двумя видами судорожных припадков: эпилептическим и истерическим. Судорожный припадок при эпилепсии называют эпилептическим. Аналогичный припадок, наблюдаемый не при эпилепсии, а при других заболеваниях, например при травме головы, сифилисе мозга, атеросклерозе сосудов головного мозга, называют эпилептиформным.

Эпилептический и эпилептиформный припадок

Во время припадка больной внезапно теряет сознание, падает, лицо его бледнеет, а затем принимает синюшную окраску. Тотчас начинаются тонические судороги, которые выражаются в напряжении всей мускулатуры тела. Через 30—40 секунд тонические судороги сменяются клоническими судорогами, проявляющимися периодическим сокращением и расслаблением мышц. Клонические судороги продолжаются 1—2 минуты. На этом припадок заканчивается. В общей сложности продолжительность припадков не превышает 5 минут. Во время припадков реакция зрачков на свет отсутствует, исчезают также и другие рефлексы. Больные во время приступа нередко получают различные повреждения (подробнее об эпилептических припадках см. раздел «Эпилепсия»).



Рис. 48. Тревножно-тоскливое выражение лица у больного с пресенильным психозом.

Истерический припадок

Начало истерического припадков чаще бывает связано с какими-то определенными внешними причинами. Припадок развивается не столь внезапно, как при эпилепсии. При падении больные не получают столь тяжелых повреждений, как

при эпилептических припадках. Во время такого состояния у них сохраняются рефлексы, зрачки реагируют на свет. Сознание полностью не исчезает. Можно иногда говорить только о сужении его поля. Больные реагируют на то, что происходит вокруг. Судороги при истерическом припадке не имеют такой строгой последовательности, как при эпилептическом. Они могут сочетаться с различными, порой сложными и выразительными движениями. Продолжительность припадков иногда доходит до нескольких часов (подробнее об истерическом припадке см. раздел «Истерия»).

КОРСАКОВСКИЙ (АМНЕСТИЧЕСКИЙ) СИНДРОМ

У больных имеется своеобразное расстройство памяти на текущие события при сохранении ее на прошлое. Они ничего не могут запомнить. Если таким больным задают какой-либо вопрос, то они его очень скоро забывают. Больные не могут рассказать, чем они занимались несколько минут назад, кто их навещал. Для этого синдрома характерно также наличие конфабуляций, нарушение ориентировки в месте и времени. В то же время они иногда могут решать сложные задачи, если все условия находятся в их поле зрения. Данный синдром является частью клинической картины корсаковского психоза. Но он может наблюдаться и при атеросклерозе сосудов головного мозга, старческом психозе, травмах, инфекционных заболеваниях и отравлениях.

ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНЫЙ СИНДРОМ

Этот синдром характеризуется наличием галлюцинаций и бреда. Иногда бред вытекает из содержания галлюцинаций. Обычно больные высказывают идеи преследования, воздействия. Больной, например, слышит, что за стеной какие-то люди сговариваются его убить. Некоторые больные пытаются убежать, другие принимают меры для обороны, запирают дверь, вооружаются, третьи кричат, зовут на помощь. Галлюцинаторно-параноидный синдром встречается при алкогольных психозах, сифилисе мозга, шизофрении и других заболеваниях.

СИНДРОМ СЛАБОУМИЯ

При данном синдроме снижаются умственные способности больных. Это часто сочетается с нарушениями памяти. Больные утрачивают способность усваивать новое, начинают забывать то, что знали раньше. Резко расстраивается сообразительность.

Состоя
решить пр
тельств по
с указани
тем, чтобы
щественно
ного мозга
атеросклер
умия см. ра
ческие) пси

У больн
новятся ра
шается сон
но просыпа
тельный шу

После с
у здоровых
Больные об
всякого род
ливость. Им
Настроение
силах. Это с
жет наблюд
ваний. Таки
лис мозга, и
начинаться
иногда встр
сопровожд
сном, плохи

Патофизи
ется ослабл
ренного торм
вать ослабл
нический син

Больные
своего здоро
ния, утвержд
приняты сроч
болезненное

Состояние больных может быть таким, что они не могут решить простейшую жизненную задачу. В силу этих обстоятельств поведение их становится нелепым. Так, один больной с указанным синдромом разрезал книги на две половины с тем, чтобы увеличить свою библиотеку. Слабоумие преимущественно встречается при органических заболеваниях головного мозга: прогрессивном параличе, старческом слабоумии, атеросклерозе головного мозга [подробнее о синдроме слабоумия см. раздел «Расстройства мышления», «Сенильные (старческие) психозы»].

НЕВРОТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Неврастенический синдром

У больных появляется повышенная утомляемость. Они становятся раздражительными, им трудно сдерживаться. Нарушается сон: больные долго не могут заснуть с вечера или рано просыпаются утром. Их может легко разбудить незначительный шум, так как сон их поверхностный.

После сна не наступает чувства бодрости, как это бывает у здоровых людей. Днем может наблюдаться сонливость. Больные обнаруживают повышенную чувствительность ко всякого рода болевым раздражителям. Появляется нетерпеливость. Им трудно ждать чего-либо. Нарушается внимание. Настроение чаще плохое, появляется неуверенность в своих силах. Это состояние характерно для неврастении, но оно может наблюдаться и в начальных стадиях ряда других заболеваний. Такие заболевания, как прогрессивный паралич, сифилис мозга, церебральный атеросклероз, шизофрения, могут начинаться с неврастенического синдрома. Этот же синдром иногда встречается и при переутомлении, особенно если оно сопровождалось волнующими переживаниями, недостаточным сном, плохим питанием.

Патофизиологической основой указанного синдрома является ослабление корковых процессов — возбуждения и внутреннего торможения. Поэтому всякая причина, способная вызвать ослабление этих процессов, может обусловить неврастенический синдром.

Ипохондрический синдром

Больные высказывают повышенные опасения за состояние своего здоровья, находят у себя несуществующие заболевания, утверждают, что они могут погибнуть, если не будут приняты срочные меры. Больные, как правило, жалуются на болезненное состояние органов брюшной полости и сердца.

Настроение у них понижено. К заверениям врача, что состояние их здоровья не представляет опасности, относятся недоверчиво. Иногда с целью проверки правильности слов врача обращаются с одними и теми же вопросами к другим специалистам, читают соответствующую литературу.

Истерический синдром

При этом синдроме почти всегда отмечаются повышение и неустойчивость эмоциональных реакций. Больные громко плачут, громко смеются. Переход от одного состояния к другому совершается очень быстро. Эмоции обычно оказывают значительное влияние на течение представлений. Поэтому при истерическом синдроме нередко имеет место так называемая эмоциональная логика, т. е. отношение больных к тому или иному вопросу почти исключительно определяется состоянием эмоциональной сферы. Иначе говоря, в своих поступках больные очень часто руководствуются чувствами, а не разумом. Больные требуют к себе повышенного внимания и сами стараются вести себя так, чтобы быть замеченными. Имеется склонность к фантазированию. Встречаются различные нарушения, которые могут быть отнесены и к области расстройства сознания, и к соматическим симптомам; временами бывают судорожные припадки (подробнее об истерических проявлениях см. раздел «Истерия»).

Истерический синдром может встречаться при ряде заболеваний, например при травмах головы, шизофрении, интоксикациях. Всякое заболевание, при котором возникает слабость корковых процессов, может сопровождаться истерическим синдромом. Патофизиологически в основе истерического синдрома, как указывал И. П. Павлов, лежит слабость коры с преимущественной слабостью второй сигнальной системы и преобладанием первой сигнальной системы и подкорковой деятельности над корковой.

КЛА

До ко
ских бол
поэтому
был пред
ваются в
ципом м

Психи

ний и анс

1. Пс

боле в а

а) пси

заболеван

б) пси

ных забол

эпидемиче

2. Пс

а) пси

равлениях

б) нар

корсаковс

3. Пс

травм а

а) остр

б) тра

4. Пс

ских за

а) пси

б) пси

брюшной п

5. Пс

стых за

9 Нервные и п

ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

До конца прошлого столетия при классификации психических болезней принимались во внимание только симптомы, поэтому такой принцип назывался симптоматическим. Затем был предложен нозологический принцип, при котором учитываются в первую очередь этиология и патогенез. Этим принципом мы руководствуемся и в настоящее время.

Психиатрия занимается изучением следующих заболеваний и аномалий развития.

1. Психозы, связанные с инфекционными заболеваниями:

а) психические расстройства при острых инфекционных заболеваниях (тифы, пневмонии, грипп и т. п.);

б) психические расстройства при хронических инфекционных заболеваниях (сифилис мозга, прогрессивный паралич, эпидемический энцефалит).

2. Психозы, связанные с интоксикацией.

а) психические расстройства при профессиональных отравлениях (свинцом, тетраэтилсвинцом, окисью углерода);

б) наркомании (хронический алкоголизм, белая горячка, корсаковский психоз, морфинизм).

3. Психические расстройства, связанные с травматическим повреждением мозга:

а) острые травматические психозы,

б) травматическая энцефалопатия.

4. Психические нарушения при соматических заболеваниях:

а) психические нарушения при заболеваниях сердца;

б) психические нарушения при заболеваниях органов брюшной полости.

5. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях:

- а) церебральный атеросклероз сосудов;
- б) гипертоническая болезнь.
- 6. Психические расстройства в возрасте об-
ратного развития:
 - а) пресенильные психозы;
 - б) сенильные психозы.
- 7. Шизофрения.
- 8. Маниакально-депрессивный психоз.
- 9. Эпилепсия.
- 10. Неврозы:
 - а) неврастения;
 - б) психастения;
 - в) истерия;
 - г) невроз навязчивых состояний.
- 11. Психопатии.
- 12. Психические недоразвития.

Учет этиологических моментов в развитии того или иного психического заболевания дает возможность поиска правильных лечебных и профилактических мероприятий.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ИНТОКСИКАЦИЯХ

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Некоторые соматические заболевания, в особенности острые инфекции, сопровождаются то более, то менее выраженными психическими нарушениями, а иногда эти расстройства принимают картину психоза. Нервно-психические расстройства часто наблюдаются при острых и длительных отравлениях алкоголем, лекарственными препаратами, промышленными ядами и некоторыми другими веществами.

Кратко остановимся на некоторых видах психических нарушений при соматических заболеваниях. Известно, например, что у больных с заболеванием сердца иногда отмечаются следующие психические отклонения: изменение настроения в сторону понижения его, чувство тревоги, беспокойства, страха. При наступлении декомпенсации у таких больных могут развиваться галлюцинаторные проявления, а иногда и нарушения сознания. С улучшением физического состояния при нормализации расстроенного кровообращения обычно все психические нарушения проходят. Об этих изменениях следует помнить медицинским работникам общесоматических боль-

ниц, так как оказание помощи этим больным должно производиться на месте: такие больные обычно не нуждаются в переводе в психиатрические стационары.

Ревматические заболевания суставов и сердца также иногда сопровождаются нервно-психическими нарушениями. Как правило, такие больные очень раздражительны, нетерпеливы, легко плачут; сон поверхностный. Иногда бывают обманы восприятий, особенно в вечерние часы перед засыпанием. Значительно реже при ревматизме наблюдаются острые психозы, сопровождающиеся картиной психомоторного возбуждения, наплывом галлюцинаций и расстройством сознания.

Злокачественные опухоли (рак, саркома) иногда приводят к развитию аментивного состояния или делирия. Это чаще наблюдается в далеко зашедших стадиях болезни с картиной тяжелой интоксикации и истощения. Обычно такие психические нарушения кратковременны, преимущественно возникают в вечерние часы (К. А. Скворцов).

При длительных, истощающих болезнях желудочно-кишечного тракта отмечается вялость, повышенная утомляемость, сонливость, раздражительность. У детей при наличии глистной инвазии могут возникать иногда эпилептиформные припадки, приступы расстроенного сознания.

Острые инфекционные заболевания (сыпной и брюшной тиф, малярия, крупозная пневмония и др.) могут сопровождаться психическими нарушениями. Наиболее часто в этих случаях развивается картина инфекционного делирия. Основным признаком этого состояния является расстройство сознания с дезориентировкой в месте и времени, но с сохранением сознания собственной личности: больной правильно называет свое имя, фамилию, профессию. Типичными являются наплывы зрительных галлюцинаций, иллюзорность восприятия окружающих предметов и отрывочные бредовые высказывания больных, длительное возбуждение. При внимательном наблюдении за поведением такого больного можно предположить, что он переживает какие-то сцены устрашающего характера. Нередко больной видит нападающих на него зверей, страшных чудовищ; кругом все рушится, гибнет. С ним якобы собираются расправиться, его режут, бьют. На лице мимика страха, ужаса. Больной пытается спрятаться, защититься от нападающих, стремится к двери, к окну. Бредовые идеи при инфекционном делирии отличаются нестойкостью. Описанные явления обычно возникают при высокой температуре и с падением ее исчезают, но в отдельных случаях они появляются и до повышения температуры или наблюдаются после ее падения. Делирий обычно через несколько дней заканчивается полным выздоровлением. Иногда наблюдаются остаточные явления в виде общей психической слабости.

сти с отрывочными бредовыми высказываниями — это так называемый резидуальный бред, который также проходит через несколько дней полностью. По окончании делирия больные обычно рассказывают о пережитых ими событиях, относясь к этому с полной критикой.

При более глубоком помрачении сознания у больных острым инфекционным заболеванием может наступить аментивное состояние (острая спутанность). Как и при делирии, это состояние сопровождается иллюзиями, галлюцинациями и отрывочными бредовыми идеями. Больной не только не ориентирован в окружающей обстановке, но и не может назвать своего имени, фамилии.

Не всегда легко определить, имеется ли делирий или аменция у больного, поэтому нередко говорят о смешанном аментивно-делириозном состоянии. Для аменции характерно также нарушение целостности восприятия объектов. Больные воспринимают лишь отдельные стороны предмета, но целого впечатления у них не создается. Как и при делирии, отмечается картина двигательного возбуждения. Больные кричат, иногда стремятся убежать из палаты, совершают ряд беспорядочных движений. По окончании аментивного состояния они, как правило, ничего не помнят о случившемся. Этот признак также является доказательством большей глубины расстройства сознания при аменции, чем при делирии. В среднем аментивное состояние длится несколько недель. После острого инфекционного психоза или даже без него у больных нередко наблюдается постинфекционная психическая слабость, которая выражается повышенной утомляемостью, раздражительностью, головными болями; больным с трудом дается даже небольшое напряжение, они быстро устают от беседы. Им трудно сосредоточить внимание, появляются значительная истощаемость, слезливость. Их раздражает и утомляет шум, яркий свет. Часто бывает ослабленной память на текущие события. Затрудняется сообразительность. Постепенно все эти явления вместе с исчезновением физической слабости проходят.

Лечение. При возникновении делириозного или аментивного состояния прежде всего необходимо продолжать лечение основного инфекционного заболевания. Больных не следует переводить в психиатрическую больницу. В целях борьбы с делириозным и аментивным состоянием рекомендуется внутривенное вливание физиологического раствора, 40% раствора глюкозы, сернокислой магнезии. Все это способствует дезинтоксикации. Для снятия возбуждения применяют 10% раствор хлоралгидрата (20 мл на одну клизму), барбитураты в свечах, внутримышечно вводят раствор сернокислой магнезии, 10% раствор гексенала (до 10 мл). Необходимо тщательно сле-

доть за деятельностью сердечно-сосудистой системы и дыханием, назначая по мере надобности сердечные средства. Очень большую роль при лечении таких больных играют тщательный уход и строгий надзор за ними, так как во время возбуждения под влиянием галлюцинаторных и бредовых переживаний больные могут причинить себе тяжелые физические повреждения, выброситься в окно. Необходимо выделить для такого больного отдельный круглосуточный санитарный пост.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ИЛИ ХРОНИЧЕСКИХ ИНТОКСИКАЦИЯХ

Психические нарушения при отравлении алкоголем

Алкоголь относится к числу наркотических веществ. После принятия внутрь действие алкоголя быстрее всего сказывается на функции центральной нервной системы. Как показали экспериментальные исследования учеников И. П. Павлова, высшая нервная деятельность нарушается уже при введении малых доз алкоголя. В исследованиях на человеке доказано, что алкоголь угнетает как процесс торможения, так и возбуждения. В большей степени страдает внутреннее торможение, что приводит к преобладанию возбудительных процессов в головном мозгу. Отсюда делаются понятными те психические изменения, которые наблюдаются у опьяневшего.

У такого человека снижается внимание, движения утрачивают свою точность, особенно страдает качество умственной работы. Речь становится более громкой, появляется ненужная храбрость, хвастливость, развязность в поведении. Все описанное выше наблюдается в случаях так называемого простого опьянения.

Судебным психиатрам приходится иногда сталкиваться с так называемым патологическим опьянением, при котором наступает временное (острое) расстройство психической деятельности. Такое опьянение характеризуется тяжелым помрачением сознания, нарушением ориентировки в окружающей обстановке и иногда в собственной личности. Физические признаки опьянения почти не заметны. Как правило, патологическое опьянение сопровождается резко выраженными эмоциями гнева, ярости, страха. Под влиянием галлюцинаций, бреда такой человек может совершить тяжкие правонарушения. По окончании этого состояния наблюдается глубокий и длительный сон с последующим расстройством памяти на имевшиеся ранее события. Патологическое опьянение может возникнуть от принятия даже сравнительно небольшой дозы алкоголя. Моментами, способствующими возникновению этого тяжелого и опасного состояния, являются: травма голо-

вы в прошлом, перенесенное тяжелое заболевание, длительная бессонница, психическая травма.

При частом злоупотреблении алкоголем может наступить привыкание, что в конце концов приводит к хроническому алкоголизму.

Хронический алкоголизм — это болезненное состояние, развившееся в результате систематического пьянства, характеризующееся непреодолимым влечением к алкоголю и наличием изменений психики и внутренних органов. Одно из самых частых расстройств — нарушение сна, который недостаточно глубок и нередко сопровождается кошмарными сновидениями. Отмечается повышенная раздражительность, нетерпеливость, вспыльчивость. Настроение алкоголика легко колеблется от благодушия до выраженной гневливости. Иногда появляется слабодушие. Круг интересов суживается, характерны грубость и цинизм в обращении с окружающими (в первую очередь в своей семье), ослабление памяти. Человек перестает следить за своей внешностью, становится неопрятным, «опускается». Во всем этом алкоголик склонен чаще всего винить не себя, а окружающих: его «довела» жена, начальство по работе и т. д. Появляется болезненно подозрительное, недоверчивое отношение к окружающим. Снижается работоспособность. Нередко наблюдается склонность к грубам, неуместным шуткам.

Характерным является своеобразное дрожание пальцев рук, которое вынуждает прекратить работу, связанную с точными мелкими движениями (например, работу часовщика, наборщика), возникают боли в руках, в ногах с последующей слабостью в них.

При хроническом алкоголизме часто оказываются пораженными желудочно-кишечный тракт (хронический гастрит), печень (цирроз) и сердечно-сосудистая система. Так, например, статистические данные показывают, что смертность от цирроза печени у алкоголиков почти в 10 раз выше. Нарушается усвоение витаминов из пищи, что способствует развитию того или другого авитаминоза. У алкоголиков ослаблены защитные способности организма; это часто приводит к заболеванию гриппом и другими инфекционными болезнями.

Внешний вид алкоголика также говорит о больших переменах в его физическом состоянии. Как правило, такой человек выглядит старше своего возраста. Лицо у него отечное, с багровым или землисто-серым оттенком, кожа морщинистая, дряблая.

Смертность среди злоупотребляющих алкоголем людей в 3 раза выше, чем среди не пьющих алкогольные напитки.

Иногда патологическое влечение к алкоголю носит периодический характер. Больной может совершенно не употреб-

лять спиртного несколько месяцев, но потом его внезапно охватывает непреодолимое влечение к алкоголю и он пьет много дней или недель подряд. Обычно никакие уговоры не могут приостановить начавшийся запой. Алкоголик в это время прекращает работать. Если нет денег на вино, он продает свои вещи и вещи своей семьи, иногда идет на преступление. Нередко появлению запоя предшествует подавленное, тоскливое настроение без каких-либо внешних поводов. Спасение от такого состояния больной ищет в вине. Описанное выше запойное пьянство носит название *дипсомании*. В целях ликвидации приступа запоя больного желательно поместить в психиатрическую больницу и провести необходимое лечение.

Лечение. Начав лечение от хронического алкоголизма, больной должен полностью прекратить употребление каких бы то ни было алкогольных напитков. Наступающие иногда в связи с этим разнообразные расстройства ликвидируются с помощью лекарств, физиотерапии и других средств. Большое значение имеет налаживание сна. С этой целью назначают снотворные, аминазин, теплые ванны перед сном, иногда легкие сердечные препараты. Одновременно с этим проводятся мероприятия, способствующие выведению из организма ядовитых веществ. Назначаются внутривенные вливания глюкозы, уротропина, широко применяется лечение кислородом.

Так как у алкоголиков часто наблюдаются явления авитаминоза, то им делают инъекции витаминов С, В₁ и никотиновой кислоты. Диета в начале лечения молочно-растительная.

Вторым этапом лечения являются мероприятия, направленные на подавление влечения к алкоголю. С этой целью в настоящее время широко применяется метод, основанный на физиологическом учении И. П. Павлова. Он состоит в выработке отрицательного условного рефлекса (рвотный рефлекс) на алкоголь с помощью апоморфина. Это осуществляется следующим образом. За 5—10 минут до инъекции апоморфина больному дают выпить 500—600 мл воды. Через несколько минут после инъекции апоморфина появляются неприятное ощущение, поташнивание, начинается слюнотечение. В этот момент больному предлагают понюхать водку или другой алкогольный напиток, к которому он чаще всего прибегал. Тошнота усиливается. Тогда больному дают выпить 30—50 г алкоголя. Это обычно совпадает с выраженной рвотной реакцией на апоморфин. Такую процедуру проделывают несколько раз. В конце концов образуется отрицательный условный рефлекс: возникает рвота при одном запахе водки, даже при виде ее, без введения апоморфина. В дальнейшем рекомендуется время от времени (в диспансере, амбулатории) подкреплять образовавшуюся условнорефлекторную рвотную реакцию. Кроме апоморфина, применяют и другие препараты (антабус,

антэтил), которые также вызывают подавление влечения к алкогольным напиткам. Широкое применение при лечении больных алкоголизмом имеют психотерапия и гипноз. Больному внушают веру в выздоровление, объясняют, что только при настойчивом его желании можно добиться успеха в лечении. С больными систематически проводят беседы, в которых разъясняют вред злоупотребления алкоголем, приводят кон-



Рис. 49. Сцена галлюцинаторных образов больного белой горячкой, зарисованная им по выздоровлении.

кретные примеры хороших результатов лечения. С помощью гипноза больному внушают отвращение к алкоголю, а также бодрость духа, способствующую улучшению общего самочувствия (улучшение сна, настроения, аппетита).

В результате хронического алкоголизма и под влиянием накопления ядовитых веществ иногда возникают острые алкогольные психозы, к которым относится белая горячка и острый алкогольный галлюциноз.

Белая горячка (*delirium tremens*) — острый и весьма опасный для больного и для окружающих психоз. Возникновению его могут способствовать травма головы, некоторые инфекционные заболевания (например, воспаление легких), длительная бессонница, тяжелые психические переживания. Белой горячке всегда предшествует тревожный сон с кошмарными сновидениями. Заболевание, как правило, начинается вечером, среди ночи или под утро. Самым характерным для этого психоза является своеобразное расстройство сознания. Больной неправильно ориентирован в окружающей обстановке, хотя иногда верно называет свое имя и отчество, фамилию.

Реальная действительность как бы заслоняется многочисленными яркими зрительными галлюцинациями, которые носят характер целых сцен (рис. 49). Больной, принимая свои видения за реальность, испытывает страх, ужас, то стремится спрятаться, то нападает на своих «врагов»; нередко он видит различных, то мелких, то крупных животных, насекомых, которые лезут на него, кусают. Иногда ему мерещатся черти, которые ругают его, строят ему рожи, грозят. Кроме галлюцинаций, у таких больных наблюдается искаженное восприятие действительных предметов, людей (иллюзии). Хорошо знакомых ему лиц больной принимает за врагов, те или иные предметы — за оружие, тени на стенах кажутся мордами страшных чудовищ. К зрительным галлюцинациям могут присоединяться и слуховые: больной начинает слышать голоса, которые угрожают схватить его, убить. Не желая «сдаваться», такой больной или сам нападает, или «спасается от преследователей», причем получает иногда тяжелые повреждения, увечья. Иногда, обычно на короткое время, с больным удается вступить в общение, он как бы успокаивается, но затем вновь все возвращается с прежней силой. Больной испытывает страх, отчаяние, переходящие в гнев и ярость.

У больных белой горячкой отмечается, кроме повышения температуры, сильная дрожь в руках, а нередко и во всем теле. Глаза больного с лихорадочным блеском, лицо осунувшееся, сухость во рту, сердцебиение, учащенное дыхание. Продолжается этот психоз обычно недолго — не более нескольких дней. Заканчивается он длительным сном, после которого острые явления исчезают.

Патофизиологической основой белой горячки является развитие в коре головного мозга запредельного охранительного торможения в ответ на интоксикацию. На этом фоне развиваются состояния частичного торможения (гипнотические фазы), ослабевают возбудительный процесс.

Лечение. Больной белой горячкой должен быть срочно помещен в психиатрическую больницу, если это заболевание началось дома или на улице. В случае возникновения белой горячки в какой-либо другой больнице при наличии тяжелого соматического заболевания желательно обеспечить лечение и тщательный круглосуточный надзор на месте, не переводя больного в психиатрический стационар. Самым надежным способом лечения является усыпление больного при помощи снотворных средств. Для этого часто используют следующую пропись, предложенную Е. А. Поповым.

Rp. Luminali 0,4
Spiritus vini rectific. 10,0
Aq. destill. 100,0
MDS. На один прием

Если больной не засыпает, то рекомендуется сделать клизму с хлоралгидратом (20 мл 10% раствора на 50 мл воды) или внутривенное вливание 10% раствора гексенала в количестве 10 мл. С хорошим эффектом используется аминазин (2,5% раствор по 2—3 мл 2 раза в сутки внутримышечно). После продолжительного сна (12—15 часов и более) психоз, как правило, проходит. При лечении такого больного необходимо тщательно следить за сердечно-сосудистой деятельностью, по мере надобности назначая сердечные препараты. Иногда наблюдаются длительные остаточные явления в виде упорных слуховых галлюцинаций.

Алкогольный галлюциноз проявляется слуховыми галлюцинациями, обычно неприятного и устрашающего характера. Сознание при этом практически остается ясным. Под влиянием наплыва таких галлюцинаций больной извращенно воспринимает окружающее. Он слышит голоса, которые целиком овладевают его поведением, повелевают им, издеваются над ним, бранят, грозят с ним расправиться (рис. 50). В таком состоянии больной может совершить опасные для его жизни поступки. Иногда он слышит целые диалоги, в которых разбирается вся его прошлая жизнь, причем



Рис. 50. Больной слышит за стеной голоса трех мужчин, которые сговариваются его убить. Приготовился к защите.

бывает и так, что одни голоса говорят о нем плохое («он преступник, недостойный человек, пьяница, вор, с ним надо покончить») (рис. 51), а другие голоса защищают («он еще исправится, ему надо простить, он хороший человек») (рис. 52). Алкогольный галлюциноз может носить острый или

хроничес
нации д
крайне м

Рис.
голос

Лече
срочно пом
препараты
кофеин, ад
лечение сн
Дальне
коголизме
Реже в
актерны т
ритами. Та
саковым и
ского пс
текущих со
помнить, к
с врачом, н
только что
воспомина
хронически
Весьма
ческом алк

хронический характер. В последнем случае слуховые галлюцинации длятся месяцами, а иногда годами. Заболевание это крайне мучительное для больных.



Рис. 51. Больной слышит голоса, которые его оскорбляют.

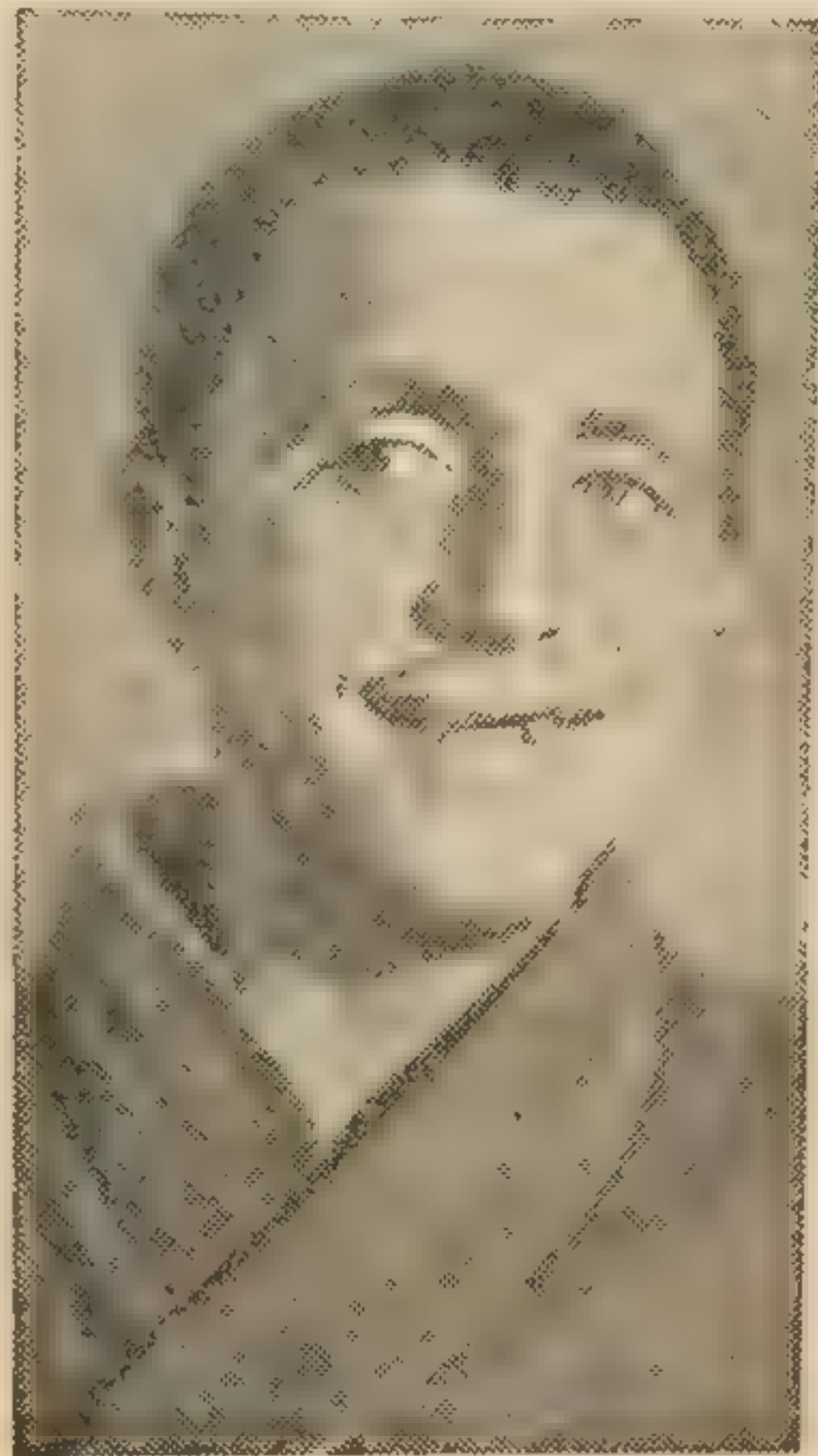


Рис. 52. Больной слышит приятные для него голоса.

Лечение. Как и при белой горячке, больного необходимо срочно поместить в психиатрическую больницу. Назначают препараты, которые ослабляют галлюцинаторные проявления: кофеин, адреналин, атропин. Применяют для этой же цели лечение сном, аминазин.

Дальнейшее лечение такое же, как и при хроническом алкоголизме.

Реже встречаются алкогольные психозы, для которых характерны тяжелые нарушения памяти в сочетании с полиневрозами. Такой психоз был впервые описан в 1889 г. С. С. Корсаковым и известен в литературе под названием корсаковского психоза. У больных резко нарушается запоминание текущих событий. Так, например, больной не в состоянии вспомнить, кто его только что навещал, виделся ли он сегодня с врачом, не знает, что он сегодня ел, не может запомнить только что прочитанного. Такие больные склонны к ложным воспоминаниям (конфабуляции). Течение этого психоза носит хронический характер.

Весьма серьезным психическим заболеванием при хроническом алкоголизме являются бредовые состояния. Чаше это

алкогольный бред ревности. Больной начинает подозревать свою жену в измене, следить за ней. В связи с появляющейся недоверчивостью и подозрительностью по отношению к окружающим он искаженно трактует самые различные факты, видя во всем «неоспоримые доказательства» измены жены. Больной запирает ее в комнате, когда сам уходит на работу, нередко бьет ее, заставляя признаться в измене, иногда нападает на мнимого любовника. Большую роль в возникновении такого бреда у алкоголиков играют нарушения половой функции: половая слабость или импотенция при сохранении, а иногда и усилении полового влечения. Обычно это психическое расстройство продолжается очень долго и нередко вынуждает к расторжению брака.

Иногда в результате хронического отравления алкоголем (в особенности крепкими напитками и суррогатами) наблюдаются эпилептиформные припадки. В литературе этого рода расстройства именуются как алкогольная эпилепсия. Лечение такое же, как при хроническом алкоголизме.

Морфинизм

Морфинизм — один из видов наркомании, выражающийся в непреодолимом влечении к препаратам из группы опия (морфин, пантопон). Как и при других наркоманиях (кокаинизм, гашишизм), происходит постепенное привыкание в результате более или менее длительного употребления наркотика. Такое привыкание нередко возникает у лиц, которым ввиду какого-либо соматического заболевания этот препарат часто назначали как обезболивающее вещество (аналогичное привыкание может развиваться и при длительном употреблении промедола и барбитуратов, например барбамила).

У этих лиц с наступлением привыкания к морфину даже временное прекращение приема его вызывает ряд тягостных явлений, известных под названием абстиненции. Эти явления следующие: плохое настроение, вялость, головокружение, сердцебиение, понос, тревожный сон, страхи. В период абстиненции больные пускают в ход любые меры и средства, лишь бы получить наркотик. Если такой больной самостоятельно поступил в больницу с твердым намерением избавиться от этого недуга, то уже через несколько часов воздержания под влиянием указанных выше симптомов он категорически требует морфин или немедленной выписки его из больницы. Иногда такие больные изображают какой-либо приступ болей, например, в животе, сердце, лишь бы получить наркотик.

С течением времени прежнее небольшое количество морфина больных уже не удовлетворяет, и они постепенно значи-

тельно увеличивают дозу наркотика (несколько граммов в сутки). Это приводит к хроническому отравлению организма, что выражается рядом соматических и психических нарушений. Морфинисты, как правило, имеют истощенный вид, плохой аппетит. Кожные покровы сухие, дряблые. У них частые сердцебиения, плохой сон, тремор пальцев рук. Со стороны психики отмечается ослабление воли, значительное снижение трудоспособности. Они становятся лживыми, эмоционально неустойчивыми. Появляется снижение умственной работоспособности, памяти. Примером лживости таких больных может быть следующее: поступая в больницу для лечения, больные иногда обманным способом проносят с собой наркотики и некоторое время применяют их втайне от медицинского персонала. В письмах к близким и родным они обращаются с просьбами и угрозами, надеясь получить от них морфин. Некоторые из них пытаются похитить наркотик, имеющийся в отделении. Часто на кожных покровах таких больных можно видеть рубцы—следы бывших гнойников, так как больные нередко делают сами себе инъекции, пренебрегая всеми правилами асептики, например нечистым шприцем, через одежду.

Большую роль в развитии наркомании при систематическом применении морфина играют особенности нервной системы человека. Установлено, что наркоманами чаще становятся лица, которые по складу своего характера относятся к психопатическим личностям.

Лечение морфинизма очень затруднительно, поэтому главным в борьбе с этим заболеванием является его предупреждение. Необходимо крайне осторожное отношение ко всяким систематическим назначениям морфина. Совершенно не разрешается давать наркотики по просьбе самого больного. При конфликтах в этом случае медицинская сестра должна пригласить врача, а не расценивать лишней укол как не представляющий «ничего особенного». Лечение от морфинизма необходимо проводить в психиатрической больнице со строгим надзором и указанием всему персоналу о тщательном наблюдении за больным. Необходимо внимательно просматривать все передачи, которые получает больной, так как иногда в них может быть спрятан наркотик (например, в пачке папирос в каждом мундштуке была обнаружена ампула пантопона). Как правило, физически полноценным больным следует прекращать дачу наркотиков сразу. В отдельных случаях в первые дни больным делают инъекции наркотика, к которому они привыкли, в убывающем количестве. Для снятия явлений абстиненции пользуются иногда лечением сном. Хороший эффект дает применение инсулина в малых и средних дозах в сочетании с вливаниями глюкозы. В последнее время положительные результаты дает лечение аминазином (по 2 мл

2,5% раствора внутримышечно днем и на ночь). Широко применяют препараты брома, сердечные, физиотерапию (теплые ванны), психотерапию в форме гипноза.

Психические нарушения при отравлении промышленными ядами

Отравления промышленными ядами благодаря совместной деятельности органов охраны труда и санитарной службы в настоящее время встречаются редко. Тем не менее необходимо знать основные вещества из этой группы в целях проведения профилактики и выявления ранних форм отравления. К ним относятся свинец, окись углерода, ртуть, марганец, антифриз, бензин. Начальные признаки отравления для всех указанных веществ являются более или менее общими: недомогание, слабость, головные боли, головокружение, нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта (плохой аппетит, понос или запор), плохой сон, раздражительность.

В дальнейшем появляются признаки, характерные для того или иного вида отравления. Так, например, при хроническом отравлении свинцом, кроме упомянутых выше начальных проявлений, отмечается снижение памяти, появляется апатия; иногда наблюдаются эпилептиформные припадки, полиневриты, «свинцовая кайма» на деснах.

В последние годы в различных отраслях промышленности широкое применение получил тетраэтилсвинец, при отравлении которым вначале могут отмечаться головные боли, плохой сон, общая слабость. В дальнейшем присоединяется тремор рук, нарушение речи (дизартрия). В некоторых случаях при этом отравлении развивается острое психотическое состояние с расстройством сознания (оглушенность, делирий), с галлюцинаторными переживаниями (повелительные слуховые галлюцинации). Отмечаются весьма характерные тактильные галлюцинации: ощущение волос во рту и горле. В тяжелых случаях отравления тетраэтилсвинцом могут быть смертельные исходы. При лечении производят внутривенные вливания 40% раствора глюкозы (по 15—20 мл) в сочетаниях с 25% раствором сернокислой магнезии (5 мл), вливания физиологического раствора, теплые ванны. Назначают люминал (0,1 г 2—3 раза в день).

При отравлении окисью углерода (угарный газ) наблюдаются головные боли, побледнение кожных покровов, рвота. Иногда развивается картина делирия с ярко выраженным двигательным беспокойством. Последствием тяжелого отравления окисью углерода может быть амнестический симптомокомплекс.

Остро по
казано дыха
няют крово
физиологичес

Сифилис
Следствием э
прогрессивны

Сифилис м
ражения в сл
или оно было
возрасте от 25
ма разнообра
характером по

Сифилис
нительно ран
появляются го
вышенная уто
ные испытыва
болезненных р
ражение нерв
некоторые нев
неравномерно
ем менингеаль
довании ликво
чалом специф
обычно исчеза

Менинге
при этом иног
картине на пер
раздражение о
В зависимости
головные боли
ло доходит до
постели обычн
ливает головн
ми оказывают
форме иногда
поражаются че
при исследован
при исследован

Остро пострадавшего необходимо вынести на воздух. Показано вдыхание кислорода, кофеин под кожу. Иногда применяют кровопускание с последующим внутривенным введением физиологического раствора.

ПСИХОЗЫ НА ПОЧВЕ СИФИЛИСА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Сифилис нередко вызывает поражение головного мозга. Следствием этого являются заболевания: сифилис мозга и прогрессивный паралич.

СИФИЛИС МОЗГА (LUES CEREBRI)

Сифилис мозга развивается через 3—4 года от момента заражения в случаях, когда больному не проводилось лечения или оно было недостаточно. Заболевание начинается чаще в возрасте от 25 до 40 лет. Клиническая картина при этом весьма разнообразна, что связано с различной локализацией и характером поражения головного мозга.

Сифилитическая неврастения относится к сравнительно ранним проявлениям нейросифилиса. У больных появляются головные боли, нарушается сон, отмечаются повышенная утомляемость, раздражительность. Иногда больные испытывают боли в различных частях тела. В основе этих болезненных расстройств лежит инфекционно-токсическое поражение нервной системы. При этой форме обнаруживаются некоторые неврологические нарушения, которые выражаются неравномерностью зрачков, изменением рефлексов, появлением менингеальных симптомов. Реакция Вассермана при исследовании ликвора, как правило, бывает положительной. С началом специфического лечения неврологические симптомы обычно исчезают, состояние больных значительно улучшается.

Менингеальная форма развивается обычно остро, при этом иногда повышается температура. В клинической картине на первом месте стоят симптомы, указывающие на раздражение оболочек преимущественно основания мозга. В зависимости от тяжести поражения у больных отмечаются головные боли, тошнота, рвота, головокружение. Нередко дело доходит до помрачения сознания. Положение больных в постели обычно бывает вынужденным. Всякое движение усиливает головные боли и боли в крестце и спине. Пораженные оболочки мозга. При этой форме оказываются главным образом оболочки мозга. При этой форме иногда развиваются параличи или парезы конечностей, поражаются черепномозговые нервы. Реакция Вассермана при исследовании крови положительная в 50% случаев, при исследовании спинномозговой жидкости — почти всегда.

С началом специфического лечения быстро наступает улучшение.

Инсультобразная форма является следствием поражения крупных сосудов, что и приводит к повторным кровоизлияниям. Клинические проявления в основном определяются размерами и локализацией кровоизлияния. При этом часто встречаются очаговые симптомы в виде параличей глазных мышц, конечностей, поражения черепномозговых нервов. Иногда можно видеть опущение верхнего века — птоз. У некоторых больных наблюдается своеобразное слабоумие. Оно состоит в том, что наряду с общей психической сохранностью отдельные функции психической деятельности могут выпадать. Необходимо подчеркнуть, что последствия инсульта у таких больных проходят значительно скорее, чем у больных с церебральным атеросклерозом или гипертонической болезнью. Эта особенность отчасти объясняется тем, что при сифилисе мозга сосуды поражаются преимущественно в определенных участках, тогда как другие участки головного мозга остаются почти не пострадавшими, поэтому имеются большие компенсаторные возможности. Мы наблюдали больных, у которых число инсультов достигало 8—10. По мере увеличения числа инсультов все в большей степени нарастает слабоумие. Реакция Вассермана бывает отрицательной значительно чаще, чем при предыдущих формах.

Сифилис мелких сосудов характеризуется нарушением психических функций при отсутствии ясно выраженных локальных изменений головного мозга. Весьма часто у больных отмечаются изменение настроения, галлюцинации, чаще слуховые и реже зрительные. В некоторых случаях встречаются и явления оглушенности. При этой форме сифилиса поражаются мелкие артерии различных отделов головного мозга. Так как это поражение носит диффузный характер, то у больных на первое место выступают психические нарушения. Могут наблюдаться и различные кататонические симптомы (негативизм, стереотипия, мутизм).

Эпилептиформный сифилис, как указывает само название, сопровождается эпилептиформными припадками. Наряду с этим обычно имеются и неврологические симптомы, но судорожные припадки в клинике заболевания занимают главное место. Изменения личности, характерные для эпилепсии, обычно не развиваются.

Паранойдная форма характеризуется постепенным развитием. У больных возникает бред преследования, воздействия. Бред часто сочетается со слуховыми галлюцинациями. Содержание галлюцинаций обычно бывает неприятного характера. Отношение больного к галлюцинациям нередко двойственное. С одной стороны, он понимает, что они — ре-

зультат болезни
зывает с суще
гическом обсе
ков на свет, ну
нерва. Течение
Специфическо
Сифилис

ло, связан с пр
риутробном по
нейшем происх
организма. При
появляются в п
ские симптомы
преимуществен
признаков: седл
донтоз (малень
(утолщение кос
пораженным ок
тате этого набл
вильное развит
гофрении, т. е.

В. А. Гиляро
у детей склады
свойственного о
поражения разл
Этиологи
следствием пора
сказано, при да
суды и оболочки
третьей стадии
лезнь проявляет
ния.

Лечение п
мо строго прово
При проведе
вливания новаро
мышечным введ
3-й; на курс 45 м
ния серой ртути
специфического
(10 000 000—15 0
шая терапия. В
Биета.

Rp. Нус
Кали
Ал.
МД
10 Нервные и психи

зультат болезни и в то же время наличие галлюцинаций связывает с существованием злонамеренных лиц. При неврологическом обследовании обнаруживают вялость реакции зрачков на свет, их неравномерность, иногда поражения лицевого нерва. Течение болезни длительное, возможны ремиссии. Специфическое лечение не всегда дает желаемый результат.

Сифилис мозга в детском возрасте, как правило, связан с проявлениями врожденного сифилиса. При внутриутробном поражении сифилисом зачатка или плода в дальнейшем происходит задержка в развитии мозга или всего организма. Признаки сифилитического поражения обычно появляются в первые годы после рождения ребенка. Клинические симптомы в основном зависят от того, какие органы преимущественно поражаются. Имеется ряд соматических признаков: седловидный нос, неправильный рост зубов, микродонтоз (маленькие зубы), неправильное развитие костей (утолщение костей черепа и изменение их формы). Так как пораженным оказывается формирующийся мозг, то в результате этого наблюдается задержка в его развитии или неправильное развитие. Это приводит к различным степеням олигофрении, т. е. слабоумия.

В. А. Гиляровский указывал, что картина сифилиса мозга у детей складывается из той или иной степени слабоумия, свойственного олигофрении, а также из симптомов местного поражения различных отделов нервной системы.

Этиология. Установлено, что сифилис мозга является следствием поражения бледной спирохетой. Как было уже сказано, при данной форме заболевания поражаются сосуды и оболочки мозга. Так как сифилис мозга относится к третьей стадии сифилиса, становится понятным, почему болезнь проявляется спустя несколько лет от момента заражения.

Лечение при сифилисе мозга специфическое. Необходимо строго проводить все назначенные курсы лечения.

При проведении лечения обычно делают внутривенные вливания новарсенола (от 0,15 до 0,6 г), сочетая их с внутримышечным введением бийохинола (по 3 мл через 2 дня на 3-й; на курс 45 мл). Иногда к этому присоединяют курс втирания серой ртутной мази. В последние годы перед началом специфического лечения проводят инъекции пенициллина (10 000 000—15 000 000 ЕД). Рекомендуются общеукрепляющая терапия. В некоторых случаях применяется микстура Биета.

Rp. Hydrargyri bijodati rubri 0,1

Kalii jodati 10,0

Aq. destill. 200,0

MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день, запивать молоком

Для лечения сифилиса мозга у детей используются те же средства, что и у взрослых. Особенно часто назначают бийохинол (на курс лечения употребляют до 15 г).

ПРОГРЕССИВНЫЙ ПАРАЛИЧ (PARALYSIS PROGRESSIVA ALIENORUM)

Прогрессивный паралич представляет собой позднее сифилитическое поражение головного мозга. Если при сифилисе мозга первично поражаются сосуды и оболочки, то при прогрессивном параличе главным образом страдает вещество мозга (паренхима). Заболевание начинается через 10—15 лет после заражения сифилисом, но иногда и раньше. Наблюдаются случаи и более позднего начала — через 20 лет и более после заражения. Прогрессивным параличом болеют обычно лица в возрасте от 35 до 50 лет, а иногда дети и подростки. В этих случаях заражение сифилисом происходит внутриутробно или бытовым путем. Мужчины болеют несколько чаще. Прогрессивный паралич развивается примерно у 3—4% из числа всех заболевших сифилисом. Развитию заболевания способствуют те вредности, которые действуют ослабляющим образом на центральную нервную систему (алкоголь, травмы мозга). Следует также отметить, что прогрессивный паралич чаще встречается среди тех лиц, которые плохо лечились от сифилиса или не лечились совершенно. Количество случаев заболевания прогрессивным параличом в СССР значительно снизилось. Это является прежде всего результатом успешной борьбы с венерическими болезнями.

При прогрессивном параличе поражаются различные отделы центральной и периферической нервной системы. Основным в клинической картине болезни является нарастающее слабоумие. Течение прогрессивного паралича принято делить на три стадии: 1) неврастеническую, 2) слабоумия (выраженных клинических явлений), 3) маразма. Деление на стадии условно и зависит от преобладания в клинике той или иной симптоматики.

Неврастеническая стадия. Это начальная стадия прогрессивного паралича, знание которой весьма важно для своевременной диагностики и лечения.

У больных нарушается сон, появляется повышенная раздражительность, утомляемость, бестактность, снижается интерес к работе, начинают преобладать примитивные влечения. В этой стадии иногда наблюдается понижение активности, энергичные по характеру люди становятся вялыми, пассивными. В течение всего периода больные могут оставаться на своей прежней работе, особенно если она несложна. Но с развитием болезни больному все труднее становится решать воз-

никающие перед ним новые задачи. Чем дальше идет заболевание, тем в большей степени меняется моральный облик больного, нарастает картина органического слабоумия.

Стадия слабоумия. В этой стадии у больных нередко наблюдаются нелепые поступки, свидетельствующие о наличии слабоумия. Больные могут делать дорогие подарки мало-знакомым людям и в то же время совершенно перестать заботиться о своих близких. Иногда эти заботы выражаются в ненужных покупках. Так, один больной на все свои сбережения купил несколько ящиков тройного одеколona и привез их в подарок жене. Другой, получив заработную плату, стал ходить по керосиновым магазинам и скупать иголки для примуса. Покупал он их до тех пор, пока не истратил все деньги. У некоторых появляется склонность к воровству, но ввиду наличия слабоумия воровство обычно также носит нелепый характер: больной может на глазах у всех взять с прилавка какую-нибудь вещь.

В дальнейшем все больше снижается память и сообразительность, вплоть до того, что человек с высшим образованием не может решить несложную арифметическую задачу. У больных исчезает критическая оценка своего состояния. Иногда они не могут найти собственной квартиры, перестают узнавать родных и знакомых. На этом фоне органического слабоумия появляются дополнительные симптомы — бред, депрессия, возбуждение. В зависимости от преобладания тех или иных симптомов и выделяют различные формы прогрессивного паралича.

Главное место в клинической картине экспансивной формы (классическая) занимает бред величия и богатства. Особенностью бреда является его нелепость. Поведение крайне противоречит высказываниям больных. Так, например, больной заявил о том, что он имеет вагоны золота, и в то же время пытался собирать остатки пищи в столовой. У больных отмечается эйфория. Они всем довольны, беспечны. Такие больные нередко изготавливают себе специальные костюмы, вешают на грудь железки, бумажки, заявляя, что это знаки отличия (рис. 53). Один из больных считал себя великим полководцем, другой, в прошлом по специальности инженер, всех окружающих уверял, что он мать-героиня. Показательна следующая история болезни.

Больной С., 37 лет. В клинику поступил в 1953 г. Рос и развивался нормально. После окончания средней школы был призван в армию. Во время Великой Отечественной войны участвовал в боях. По характеру был общительный, веселый, энергичный, любил выпить.

Впервые обратил внимание своим странным поведением весной 1953 г., когда начал называть себя главным военным маршалом, уверяя, что ему подчинены все воздушные силы. Был стационарирован. В больнице продолжал высказывать идеи величия, заявляя, что он «творец мировой побе-

ды». Под его руководством якобы произошла революция в Африке и Америке, где сейчас во главе правительства стоят его ближайшие родственники, которые в своих действиях им непосредственно инструктируются, а сам он входит в состав правительства всех стран. Утверждал, что много раз получал звание Героя Советского Союза, имеет сотни орденов. Ему казалось, что перед поступлением в больницу у него сожгли все внутренности:



Рис. 53. Удостоверение личности, которое сделал себе больной с бредом величия.

желудок, сердце, легкие. В связи с этим он собирался лечиться у военного врача императорского происхождения. Рассказывал, что ему подменили голову, а его настоящая голова забальзамирована и хранится у лечащего врача.

Физическое состояние. Со стороны сердца, легких, органов брюшной полости выраженных изменений не отмечается.

Неврологические симптомы. Анизокория, реакция зрачков на свет отсутствует, на конвергенцию и аккомодацию — живая. Незначительная асимметрия лица, язык высовывается толчкообразно. Коленные и ахилловы рефлексы неравномерны. В позе Ромберга — легкое пошатывание.

Анализ ликвора. Реакция Вассермана + + + +, цитоз 21/3, белок 0,5%, реакция Ланге 666442100.

В тех случаях, когда на первом плане в картине болезни имеется слабоумие, сочетающееся с благодушием, говорят о дементной форме прогрессивного паралича.

При депрессивной форме настроение больных бывает подавлено. Больные высказывают нелепый бред, заявляют, что у них сгнили все внутренние органы, что они уже

мертвы. Нередко обвиняют себя, называя негодными людьми, уверяют, что они погубили всю семью, что из-за них все гибнет, пропадает. Депрессивная форма встречается довольно редко.

В клинической картине ажитированной формы преобладает возбуждение. Больных трудно удержать в постели. Они вскакивают, пытаются куда-то бежать. Срывают с себя белье, выкрикивают набор фраз, среди которых иногда можно уловить идеи величия. От пищи, как правило, отказываются или глотают ее, не пережевывая. Эта форма является наиболее злокачественной.

Рано или поздно при всех формах прогрессивного паралича, если не лечить больного, наступает психическая и физическая деградация, которая может доходить до крайней степени — маразма.

Стадия маразма. Если наступает эта стадия, то больные утрачивают простейшие навыки; вследствие крайнего истощения и слабости они все время вынуждены находиться в постели, становятся неопрятными, нередко наступают парезы, параличи. От длительного пребывания в постели и вследствие трофических нарушений у них развиваются контрактуры, пролежни, легко возникают переломы костей. Слабоумие достигает такой степени, что больные не могут назвать своего имени, тащат в рот все, что попадает им в руки. В этой стадии больные обычно погибают от инсультов или случайных заболеваний, которые у них легко возникают.

Неврологические симптомы. К довольно ранним признакам прогрессивного паралича относятся расстройства речи. Во время беседы с больным можно заметить, что ему трудно выговаривать сложные слова, скороговорки.

Зрачки нередко сужены, неодинаковой величины (анизокория). Реакция их на свет, как правило, отсутствует, реакция на конвергенцию и аккомодацию сохранена. Такое сочетание носит название симптома Аргайль—Робертсона. Указанные признаки имеют большое значение для своевременного распознавания прогрессивного паралича.

При прогрессивном параличе наблюдается изменение чувствительности в сторону ее понижения. Поэтому больные не замечают царапин, ссадин. Меняется почерк, буквы и строчки становятся неровными.

Серологические реакции. Реакция Вассермана при исследовании спинномозговой жидкости и крови бывает, как правило, положительной. Большое значение для диагностики прогрессивного паралича имеет реакция с коллоидным золотом (реакция Ланге).

Патологическая анатомия. Прогрессивный паралич имеет характерную патологоанатомическую картину. Со

стороны оболочек мозга отмечается их утолщение, приращение к веществу мозга. Когда оболочки отделяют от мозга, то вместе с ними отрываются и кусочки мозгового вещества. Сосуды склерозированы. Если посмотреть на поверхность мозга, обращает на себя внимание сглаженность извилин; борозды расширены. Желудочки мозга также расширены, что свидетельствует о наличии внутренней водянки. Вес мозга уменьшается (рис. 54). При микро-

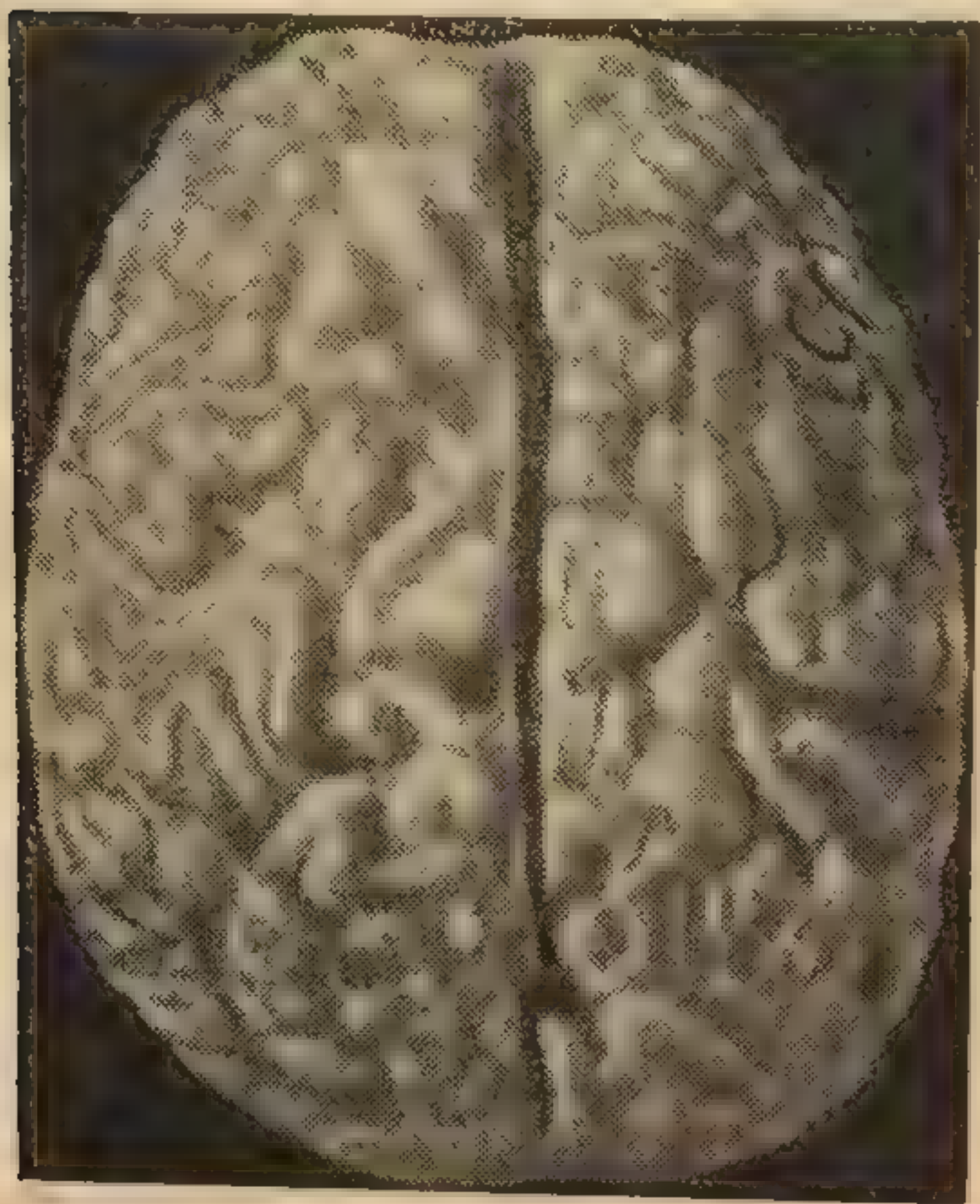


Рис. 54. Утолщение мягких мозговых оболочек и атрофия мозга при прогрессивном параличе.

скопическом исследовании мозга находят специфический хронический диффузный лептоменинго-энцефалит.

Этиология. Вопрос о связи прогрессивного паралича с сифилисом до начала XX века оставался спорным. Неразрывная связь сифиса и прогрессивного паралича стала очевидной после того как оказалось, что при прогрессивном параличе реакция Вассермана бывает положительной. Окончательно вопрос о связи прогрессивного паралича с сифилисом был решен после обнаружения японским ученым Ногуши (1913) бледной спирохеты в головном мозгу.

Профилактика. Так как прогрессивный паралич является сифилитическим заболеванием, то естественно, что профилактика заключается в тщательном лечении начальных форм сифилиса и его ликвидации.

Лечение. Одно специфическое лечение при прогрессивном параличе не дает желаемого терапевтического эффекта. Прогрессивный паралич считался неизлечимым заболеванием до тех пор, пока не был открыт метод инфекционной терапии.

Приоритет в разработке этого способа лечения принадлежит нашему соотечественнику одесскому врачу А. С. Розенблюму.

Он в 70-х годах прошлого столетия, обратив внимание на то, что больные прогрессивным параличом, заболевшие возвратным тифом, начинали поправляться, специально стал заражать таких больных возвратным тифом. Позже, исходя из этого принципа, Вагнер-Яуррег начал лечить больных привив-

ками трехдневной малярии. Для этой же цели используется и заражение крысиным тифом (содоку).

В настоящее время наибольшее распространение имеет метод лечения малярией. Больных заражают введением в подкожную клетчатку 5—7 мл крови, содержащей малярийных плазмодиев.

Через 8—10 дней у больного начинаются приступы малярии. В среднем больному дают перенести 9—10 приступов. Затем приступы малярии купируются хинином, после чего проводится специфическая терапия.

Эффективность лечения зависит от того, насколько своевременно начато лечение. Чем раньше была привита малярия или возвратный тиф, тем выше эффективность.

Нередки случаи, когда после лечения больные возвращаются на прежнюю работу. Имеются основания полагать, что хороший терапевтический результат при данном виде терапии обуславливается не только повышением температуры (методы гипертермии такого терапевтического эффекта не дают), но и теми иммунобиологическими сдвигами, которые наблюдаются при заражении указанными инфекциями.

Положительный терапевтический эффект наблюдается даже в тех случаях, когда указанные инфекции протекают без заметного повышения температуры.

Уход. Наибольшие трудности представляет уход за возбужденными и физически ослабленными больными. Если у больных наблюдается задержка мочи и возникает необходимость проводить катетеризацию, то ее следует делать с большой осторожностью. Необходимо помнить о понижении чувствительности у больных прогрессивным параличом и о том, что у них очень легко развиваются инфекции. Надо тщательно следить за тем, чтобы у лежащих больных не образовывались пролежни. Поэтому важно своевременно протирать кожные покровы камфарным спиртом и содержать больных в чистоте.

При уходе за ними нельзя забывать, что у многих из них имеются выраженные трофические изменения, которые иногда проявляются повышенной ломкостью костей. Неосторожное обращение с больным во время его переворачивания в постели может привести к переломам; особенно легко возникают переломы ребер. Если назначается курс лечения малярией, то необходимо строго следить за температурой и состоянием сердечно-сосудистой системы, проводить все мероприятия, в которых нуждается тяжело больной при инфекционном заболевании. При кормлении больных следует иметь в виду, что у них бывает затруднено глотание и пища может попасть в гор-
тань.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

АТЕРОСКЛЕРОЗ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА (ATEROSCLEROSIS ARTERIA CEREBRI)

Сущность патологического процесса состоит в том, что кровеносные сосуды, питающие головной мозг, изменяются: они становятся узкими, стенки их уплотняются (склерозируются). Это нарушает питание мозговых клеток и снабжение их кислородом, что приводит к расстройствам функций головного мозга. Болезненно измененные сосуды могут разрываться или становиться полностью непроходимыми. В таких случаях развиваются более или менее крупные очаги кровоизлияния в мозг или участки размягчения мозговой ткани. Согласно общепринятой концепции Н. Н. Аничкова, в основе патологического процесса, приводящего к атеросклерозу, лежит нарушение липоидного обмена. Липоидные (жироподобные) вещества, в частности холестерин, накапливаясь в избыточном количестве в организме человека, откладываются во внутренней оболочке сосудов, что приводит к реактивному разрастанию соединительной ткани сосудистой стенки.

Атеросклероз сосудов головного мозга чаще развивается у лиц в возрасте 50—60 лет. Большое значение в возникновении этого страдания имеют различные вредности и ряд заболеваний, перенесенных в прошлом: сыпной тиф, травма головы, психические травмы, длительные эмоциональные напряжения, злоупотребление пищей, содержащей особое жировое вещество — холестерин (находится в большом количестве в яйцах, мозгу, почках, печени), чрезмерное курение.

Симптомы. Ранними признаками заболевания являются головные боли, головокружение, шум и чувство тяжести в голове.

Появляется раздражительность, слабодушие, быстрая утомляемость при умственной нагрузке. Сон нарушается, особенно плохо больные засыпают. Одновременно с этими явлениями обнаруживаются начальные признаки нарушения памяти: забывчивость, рассеянность. Память ослабевает главным образом на недавно прошедшие и текущие события: плохо запоминаются новые имена, фамилии, сведения из недавно прочитанного или виденного. Все это приводит к снижению работоспособности. Так, для выполнения какого-либо задания, которое раньше не вызывало затруднений, требуется большое напряжение и много времени. Особенно трудным оказывается усвоение нового, незнакомого материала. Пони-

мая происходящие с ними болезненные перемены, больные тяжело реагируют на это, что нередко приводит к длительным депрессивным состояниям, иногда к суицидальным мыслям и попыткам.

Такое изменение эмоциональной жизни больных еще больше усугубляет их состояние.

Все указанные выше признаки есть начальные проявления атеросклероза сосудов головного мозга. Иногда даже без всякого лечения после длительного отдыха значительная часть упомянутых расстройств может пройти.

Замечено также, что все эти симптомы периодически то усиливаются, то ослабевают. На этой стадии болезнь может с периодическими ухудшениями и улучшениями оставаться на протяжении длительного времени (многие месяцы, годы). Но если не будут приняты лечебные меры и не будут устранены те или иные вредности, заболевание станет медленно прогрессировать.

В дальнейшем нарастает расстройство памяти; работоспособность все больше снижается. Появляются трудности в комбинаторике, осмыслении. Больные становятся еще более слабодушными: легко плачут при слушании торжественной музыки, при встрече с родными и т. п. Постепенно развивается картина более или менее выраженного слабоумия, в структуре которого значительное место занимает расстройство памяти, соображения. Несмотря на это, у больных остается сознание своей болезни.

При присоединении органических неврологических симптомов слабоумие принимает наиболее выраженный характер: развиваются благодущие, неряшливость, больные не тяготятся своей инвалидностью. Иногда они становятся эгоистичными, черствыми, внимание их сосредоточивается на удовлетворении низших влечений. Если у больных бывают инсульты, то значительно быстрее наступает картина глубокого упадка психической деятельности. В дальнейшем появляются признаки физического истощения. Такие больные требуют постоянного ухода, так как они не в состоянии полностью обслуживать себя.

В некоторых случаях дело заканчивается тяжелой картиной атеросклеротического маразма: больные вследствие стойких параличей или парезов беспомощны, глубоко слабодушны, их приходится кормить из рук, постоянно следить за чистотой постели, так как моча и кал у больных выделяются произвольно. У них легко возникают пролежни, застойные пневмонии.

Так как атеросклероз — общее заболевание организма, то обычно обнаруживаются поражения аорты, коронарных сосудов, сосудов почек.

Патологическая анатомия. При вскрытии умерших больных атеросклерозом сосудов отмечаются местные участки атрофии коры головного мозга, более или менее крупные очаги размягчения мозга с формированием иногда полостей, заполненных жидкостью (киста). При осмотре крупных сосудов мозга, в особенности сосудов основания его, часто можно видеть грубые склеротические изменения в них: при разрезе стенка сосуда не спадается, сосуды жесткие, иногда слышится хруст при вскрытии сосуда ножницами, что свидетельствует о резком уплотнении сосудистой стенки с отложением в ней солей извести. Участки размягчения или кровоизлияния могут быть не только в коре, но и в подкорковых образованиях, в стволовых его отделах. При микроскопическом изучении мозга обнаруживаются значительные очаги запустевания нервных клеток, которые располагаются преимущественно вокруг сосудов. Сосудистые стенки резко утолщены, вплоть до полного закрытия просвета. Часто можно видеть некротические изменения стенок сосудов. В местах гибели нервных клеток наблюдается разрастание глии. Нервные клетки нагружены липофусцином, который также встречается в большом количестве и в стенках сосудов.

Лечение. При появлении первых, начальных признаков заболевания самым важным является осуществление ряда гигиенических мероприятий: устранение перегрузки на работе, строгий режим труда и отдыха, налаживание сна: прогулка за час до сна, теплые ножные ванны за 10—15 минут перед сном. Необходимо резко сократить в пищевом рационе употребление того, что способствует развитию атеросклероза. Пища должна быть преимущественно овощной, молочной¹. Следует прекратить курение. Если настойчиво и систематически выполнять все эти мероприятия, то, несомненно, можно достичь хороших результатов. Из медикаментозных средств в этом периоде заболевания рекомендуются йодистые препараты (3% раствор йодистого калия по 1 столовой ложке 2—3 раза в день), вливание раствора глюкозы, аскорбиновой и никотиновой кислоты, сернокислой магнезии, физиотерапия: углекислые ванны, ионизация головы с йодом по Бургиньону (о мероприятиях при развитии инсульта см. раздел «Нарушения мозгового кровообращения»).

¹ Резко ограничивают продукты, богатые холестерином: яичный желток, икра, говяжье, баранье и свиное сало, мозги, печень, шпроты. Желательно 1—2 раза в неделю устраивать разгрузочную диету: фруктовые, творожные дни. В пищевом рационе рекомендуют кефир, простоквашу, творог, яичный белок, овощи, бобовые, блюда из ячменной и овсяной крупы, вареное мясо, треску. Ограничение приема жидкостей до 1,5 л в день. Следить за регулярным действием кишечника; в случаях запора назначают морскую капусту, слабительные или очистительные клизмы.

Больные
и невропато
наблюдаться
Симпто
боли, голов
раздражите
голове, лицу
дии болезни
Чем дли
ется склеро
га, что, без
ральном ате
сосуды голо
патологичес
рии (артери
в связи с ги
сосудах моз
ской болезн
признаки, к
сти, наруше
приступы ст
сознания, ч
синдромы. I
люцинации,
дома в нен
этом не пом
психически
волнообраз
улучшением
изменением
о «мерцающ
Лечен
стоянном у
толога.
Большо
болезни им
ранение вс
сон у боль
жем возду
ника, пери
пользу в э
жения кро
сернокислу
ра глюкозы
быть моло

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Больные гипертонической болезнью лечатся у терапевтов и невропатологов, однако в течении этого заболевания могут наблюдаться различные психические отклонения.

Симптомы. Жалобы в основном следующие: головные боли, головокружение, шум в ушах, сердцебиение, одышка, раздражительность, быстрая утомляемость, приливы жара к голове, лицу. Все эти проявления свойственны начальной стадии болезни.

Чем длительнее заболевание, тем больше оно сопровождается склеротическими изменениями в сосудах головного мозга, что, безусловно, отягощает заболевание. Если при церебральном атеросклерозе преимущественно страдают крупные сосуды головного мозга, то при гипертонической болезни в патологический процесс в основном вовлекаются мелкие артерии (артериолы). В этих случаях говорят об атеросклерозе в связи с гипертонией. С развитием указанных изменений в сосудах мозга наступает склеротическая стадия гипертонической болезни. В этот период характерными являются такие признаки, как нарушение памяти, снижение работоспособности, нарушение сна. Периодически у больных могут возникать приступы страха, тревоги, иногда развиваются расстройства сознания, чаще по типу сумеречного состояния, бредовые синдромы. В таких случаях больные испытывают страхи, галлюцинации, часто неправильно себя ведут, иногда уходят из дома в ненужном направлении, а придя в себя, ничего об этом не помнят. Существенно и то, что большинство нервно-психических нарушений при гипертонии очень часто носит волнообразный характер: ухудшения состояния чередуются с улучшением, что связано с колебаниями кровяного давления, изменением сосудистого тонуса. Поэтому нередко говорят о «мерцающей» симптоматике у таких больных.

Лечение обязательно должно проводиться при постоянном участии или консультации терапевта и невропатолога.

Большое значение при лечении больных в первой стадии болезни имеет строгое соблюдение режима труда и отдыха, установление всяких волнующих моментов. Необходимо наладить сон у больных, обеспечить им длительное пребывание на свежем воздухе. Нужно строго следить за деятельностью кишечника, периодически измерять кровяное давление. Большую пользу в этом периоде приносит психотерапия. В целях понижения кровяного давления широко применяют диуретики, сернокислую магнезию, внутривенные вливания 40% раствора глюкозы, серпазил, резерпин. Диета в основном должна быть молочно-растительной. Необходимо устранить употреб-

ление крепкого кофе, чая. Рекомендуется физиотерапия: общие теплые ванны, ножные горячие ванны.

В случаях резких подъемов кровяного давления показано кровопускание до 300 мл, пиявки за уши по 3 штуки с каждой стороны, на ночь горячие ножные ванны продолжительностью 10—15 минут, постельный режим на несколько дней (о помощи при развитии инсульта см. раздел «Нарушения мозгового кровообращения»). Лечение больных в склеротической стадии в основном совпадает с таковым при атеросклерозе сосудов головного мозга. В случае развития психотических состояний за больным требуется тщательный надзор и уход (необходимо выделить для этого отдельный санитарный пост).

Для купирования возбуждения и предупреждения кровоизлияния в мозг необходимо кровопускание; назначают барбитал в свечах или в клизме в количестве 0,4 г. В последнее время с успехом применяется лечение резерпином, пропазином и аминазином.

ПСИХОЗЫ В СВЯЗИ С ВОЗРАСТНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ОРГАНИЗМА (ИНВОЛЮЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ)

Существует ряд заболеваний, которые встречаются в преклонном возрасте. Клиническая картина этих психозов находится в прямой зависимости от возрастных изменений, происходящих в организме. К ним в первую очередь относится перестройка в обмене веществ, а также снижение функции половых желез. Последнее всегда приводит к нарушению эндокринного равновесия. В этот период у больных отмечаются вазомоторные нарушения, которые проявляются в приливах крови к голове и лицу, нередко наблюдается повышение кровяного давления.

Процесс увядания организма (инволюция) может быть довольно длительным. Поэтому условно принято его делить на два периода: первый — пресениум (предстарческий) относится к возрасту между 45 и 60 годами, второй — сениум (старческий) — после 60 лет. Отсюда инволюционные психозы делятся на пресенильные (предстарческие) и сенильные (старческие).

ПРЕСЕНИЛЬНЫЕ (ПРЕДСТАРЧЕСКИЕ) ПСИХОЗЫ

Как указывал В. А. Гиляровский, о пресенильных психозах надо говорить в тех случаях, когда основные симптомы заболевания находятся в связи с явлениями инволюции. В клинической картине психоза значительное место занимает эмоция тревоги. Больные испытывают чувство тревожного ожидания,

говорят о своей смерти или гибели родных. Иногда утверждают, что они виноваты в предстоящем разрушении своей семьи, ждут наказания, расправы. В зависимости от того, какие симптомы преобладают в клинической картине больных пресенильными психозами, различают отдельные его формы. Основными формами являются пресенильная депрессия и пресенильная паранойя, реже — пресенильная истерия.

Пресенильная депрессия. Начало болезни бывает различным. В одних случаях она развивается постепенно, в течение нескольких месяцев, а иногда остро. Острому началу чаще всего предшествуют какие-то определенные обстоятельства (психическая травма или соматическое заболевание). Картина болезни складывается из депрессивного настроения, тревоги, двигательного возбуждения. Все это нередко сочетается с идеями греховности и самообвинения. У больных почти всегда расстраивается сон. Они беспокойны, испытывают тревогу, страхи, часто отказываются от лечения, а иногда и от пищи, утверждая, что у них нет желудка, кишечника. Даже в тех случаях, когда не наблюдается отказа от пищи, больные значительно теряют в весе. Выглядят такие больные, как правило, старше своих лет. У них наблюдается дряблость кожи, раннее поседение волос. Они постоянно ждут, что за ними должны явиться какие-то люди, повести на расстрел или на страшные муки. Иногда больные считают, что они должны подвергнуться аресту, так как все их внутренности гниют и тем самым они заражают всех окружающих.

Некоторые уверяют, что у них нет больше дома, погибли все близкие, гибнет весь мир и они этому причина. Часто у таких больных бывают мысли о самоубийстве, которые они нередко приводят в исполнение в такие моменты, когда этого совершенно не ожидают окружающие. Известны случаи, когда больные, прежде чем покончить жизнь самоубийством, убивают своих близких, так как считают, что они все равно должны погибнуть и «скорее всего в страшных муках». Это обстоятельство постоянно вынуждает ставить вопрос о немедленной госпитализации больных в психиатрический стационар.

Нередко отграничение описанного состояния от депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза представляет определенные трудности.

Пресенильная депрессия может продолжаться многие месяцы, реже — годы. После окончания заболевания в случае присоединения атеросклероза сосудов головного мозга иногда остается некоторый интеллектуальный и эмоциональный дефект.

Пресенильная паранойя. В клинической картине этого заболевания видное место занимают некоторые виды

бреда. Развитие их бывает обусловлено определенной жизненной ситуацией: неприятности по работе, дома.

Больные начинают замечать странное отношение к себе окружающих, во всем усматривают какие-то намеки.

Бред при пресенильной паранойе обычно не выходит за рамки возможного. Он часто связывается именно с теми людьми, с которыми у больного сложилась конфликтная ситуация. На содержание бредовых идей иногда влияют различные неприятные ощущения в теле, имеющиеся у больных. У них в связи со снижением деятельности желез половой секреции бред нередко приобретает сексуальную окраску. Развиваются идеи ревности. Больные начинают следить за письмами в надежде перехватить любовное письмо, подозрительно относятся к посещению знакомых. В ряде случаев больные находят подтверждение в «правильности» своих бредовых идей вследствие наличия слуховых галлюцинаций, которые нередко встречаются при этом заболевании. По длительности течения пресенильная паранойя всегда превышает пресенильную депрессию и в прогностическом отношении является менее благоприятной.

Лечение. Проведение общеукрепляющей терапии при пресенильных психозах следует сочетать с назначением эндокринных препаратов (фолликулин или тестостерон по 1 мл внутримышечно или синэстрол по 0,02 г 2—3 раза в день). В случаях депрессии с успехом применяются подкожные вдувания кислорода, небольшие дозы инсулина, электросудорожная терапия. При бессоннице рекомендуются снотворные. При сильных возбуждениях, тоске, бреде, расстройствах сна применяется аминазин *per os* или внутримышечно 200—400 мг в сутки. В последнее время для лечения депрессивно-тревожных состояний используется ипразид (марсилид) по 150—200 мг в сутки, а также аминазин в сочетании с мелипрамином. Иногда эффективной оказывается электросудорожная терапия (3—4 сеанса).

Уход. Необходимо внимательно следить за больным, так как при пресенильных психозах имеются мысли о самоубийстве, а также двигательное возбуждение, сочетающееся с чувством тоски и тревоги. Нужно наблюдать за соматическим состоянием больных и их питанием. В случаях упорного отказа от пищи приходится прибегать к искусственному кормлению.

СЕНИЛЬНЫЕ (СТАРЧЕСКИЕ) ПСИХОЗЫ

При старческих психозах развивается первичная атрофия нервных клеток коры головного мозга. В связи с этим наблюдается нарастание слабоумия. Старческие психозы чаще встречаются в возрасте от 60 до 80 лет.

С начала
мать. больн
забывать то
ние годы жи
ные забыва
помнят, ку
цельная сус
ти достигаю
события пос
чем они зан
нее время,
том, что с
дости или
Надо отмет
ние и даты
далекого пр
ко помнят
шо. Воспом
бытий иног
давно про
пример, бол
прос, чем о
ром, расска
церковь на
ла к знаком
граммофон
ходила в
что наступи
У подоб
наблюдают
когда они
ности нико
снижаются
между окр
стейшей за
родной сын
у больных
памяти, то
Настрое
высказыва
быть и бла
плясывают
часто набл
бродят по
как нередк
ночи наблю
заснуть во

С началом заболевания в первую очередь ослабевает память, больные с трудом усваивают все новое. Начинают забывать то, что знали, особенно что было усвоено в последние годы жизни. При нарастающих нарушениях памяти больные забывают имена знакомых и даже близких родных. Не помнят, куда положили вещи. Нередко обнаруживается бесцельная суетливость. У некоторых из них расстройства памяти достигают такой степени, что они совершенно забывают события последних лет (иногда десятков лет). На вопрос, чем они занимались в последнее время, рассказывают о том, что с ними было в молодости или много лет назад. Надо отметить, что содержание и даты основных событий далекого прошлого они нередко помнят сравнительно хорошо. Воспоминания текущих событий иногда подменяются давно прошедшими. Так, например, больная 82 лет на вопрос, чем она занималась утром, рассказала, что ездила в церковь на извозчике, заходила к знакомым, танцевала под граммофон. В клинике она находилась в 1954 г., но считала, что наступил 1905 г.



Рис. 55. Выражение лица больной со старческим психозом.

У подобных больных часто наблюдаются конфабуляции, когда они рассказывают о событиях, которых в действительности никогда не было. Умственные способности больных снижаются настолько, что они перестают понимать связь между окружающими явлениями. Они не могут решить простейшей задачи, все путают. Одни из больных считал, что его родной сын старше его на 5 лет. Критика к своему состоянию у больных отсутствует. Если им указывают на пробелы в их памяти, то многие из них обижаются (рис. 55).

Настроение может быть подавленным, и тогда больными высказываются соответствующие мрачные мысли, а может быть и благодушно беспечным. При этом они напевают, прыгают, не смущаясь присутствием окружающих. У них часто наблюдается нарушение сна. По ночам они не спят, бродят по комнатам, проверяют, заперты ли окна, двери, так как нередко опасаются грабителей. Днем после бессонной ночи наблюдается повышенная сонливость: больные могут заснуть во время беседы или приема пищи.

Бред ограбления является весьма характерным для этих больных. Больные прячут свои вещи, иногда даже относят к знакомым, так как им кажется, что домашние их тоже обворовывают. Поскольку имеются выраженные нарушения памяти, они постоянно забывают, куда ими отнесены вещи, что подкрепляет их мысли об ограблении. Больные часто уверяют, что они могут погибнуть от голода, так как у них нет никаких средств к существованию, а также высказывают другие идеи ущерба. Они нередко начинают собирать ненужные вещи, например тряпки, коробки, пузырьки. В отделении такие больные иногда связывают свою постель в узел и держат его обеими руками, постоянно причитая, что их собираются обокрасть. За своей внешностью они не следят, становятся неряшливыми и неопрятными. Аппетит у многих больных сенильным психозом бывает хороший, а иногда повышенный. Они с жадностью съедают все, что им дают. В далеко зашедших случаях больные перестают правильно пользоваться ложкой, вилок. Их не трогает судьба близких, все интересы направлены на удовлетворение элементарных потребностей.

При ипохондрическом бреде больные могут заявлять, что у них все сгнило: желудок, кишечник и т. д.

Патологическая анатомия. Основное место в патологоанатомической картине занимает атрофия коры; больше всего страдают лобные и височные доли. Вес мозга по сравнению с мозгом здоровых стариков меньше в среднем на 100—150 г.

Лечение. Назначают симптоматические средства и большое внимание уделяют уходу за больными. При бессоннице рекомендуются снотворные. Полезны препараты йода и брома. Теплые ванны требуют повышенного контроля за состоянием сердца больного. Больных рекомендуется содержать в условиях стационара.

ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия в переводе с греческого означает внезапно падать, неожиданно быть охваченным.

Эпилепсия как особая болезнь выделялась еще Гиппократом в V—IV веке до нашей эры. До последнего времени заболевание эпилепсией отдельными авторами подразделяется на две группы. Считают, что существует эпилепсия симптоматическая и эпилепсия генуинная.

Если эпилептиформные припадки являются симптомом какого-либо основного заболевания, то говорят о симптоматической эпилепсии. Например, известно, что эпилептиформные припадки встречаются при таких заболеваниях, как сифилис мозга, церебральный атеросклероз сосудов, опухоль мозга,

травма. Генуинной эпилепсией называют такое заболевание, в основе которого лежит нарушение обмена веществ.

Симптомы. Клиническая картина болезни довольно разнообразна. Все проявления, наблюдаемые при эпилепсии, можно в основном разделить на четыре группы: припадки, расстройства сознания, настроения и эпилептические изменения личности со своеобразным снижением интеллекта.

Эпилептический припадок обычно возникает внезапно и без какой-либо видимой причины. Больной теряет сознание и падает. Падение объясняется тем, что все мышцы приходят в состояние резкого тонического напряжения. Но так как оно распределяется неравномерно во всех мышцах, то больной падает чаще вперед и в сторону, реже назад. Во время падения иногда отмечается своеобразный крик. У больного появляются тонические судороги: руки и ноги вытянуты в состоянии резкого мышечного напряжения; так же напряжены и мышцы туловища. Через 20—40 секунд тонические судороги сменяются клоническими, что выражается ритмическими сокращениями мышц конечностей. Лицо бледнеет, а затем принимает синюшную окраску. Зрачки расширены, реакция на свет отсутствует. Сухожильные рефлексy не вызываются. Больной не реагирует на самые сильные раздражители. Из рта выделяется пена, нередко окрашенная кровью вследствие прикуса языка или внутренней поверхности щек. Часто происходит непроизвольное мочеиспускание, реже — дефекация. По окончании клонических судорог наступает мышечное расслабление. Сознание больного остается глубоко помраченным и нередко переходит в сон. Весь припадок длится не более 4—5 минут.

У одних больных припадки чаще бывают днем, у других ночью. Частота припадков самая различная: ежедневно, один раз в неделю, в месяц и реже. В некоторых случаях припадки следуют один за другим, не прекращаясь в течение нескольких часов. Промежутки между припадками бывают настолько короткими, что больные не успевают прийти в сознание. Это носит название **эпилептического статуса** (*status epilepticus*). При эпилептическом статусе всегда приходится принимать срочные меры, так как он может привести к смертельному исходу. Некоторые больные о предстоящем припадке могут сказать за 1—2 дня. У них меняется самочувствие, появляется общая слабость, плохое настроение. Это так называемые отдаленные предвестники припадков. У значительно большей части больных припадки начинаются с **ауры** (дуновение), продолжительность которой равняется секундам. Аура по своему проявлению весьма разнообразна. Выделяют так называемую **вегетативную ауру**, во время которой больной, например, может покрываться потом, побледнеть или покраснеть, испытывать сухость во рту. **Сенсорная аура** проявляется

неприятными ощущениями в различных частях тела или галлюцинациями. Галлюцинации чаще бывают зрительные: больные видят какие-то искры, огонь. В случаях моторной ауры больные в начале припадка бегут, размахивают руками, делают непонятные движения. При психической ауре больные нередко переживают чувство страха или особенные состояния, во время которых испытывают чувство блаженства, им становится «все просто и ясно». После припадка почти



Рис. 56. Скальпированная рана в области затылка у больной эпилепсией.

всегда отмечается амнезия. Больные совершенно не помнят, что с ними было. В ближайшее после припадка время у многих наблюдается так называемая олигофазия, которая заключается в том, что больные не могут вспомнить названия ряда предметов, хотя знают их назначение. В этот же период можно выявить еще ряд симптомов, которые дают основание сделать заключение, что это был действительно эпилептический припадок. Так, если внимательно осмотреть сгибательные поверхности рук в области локтевых суставов, склеры, то нередко можно обнаружить точечные кровоизлияния. В крови отмечается лейкоцитоз.

При исследовании мочи обнаруживается белок. Иногда выявляются патологические рефлексы (симптом Бабинского, Оппенгейма и др.). Так как эпилептический припадок возникает внезапно и в любой обстановке, то это может повлечь за собой тяжелые повреждения (рис. 56). Так, у одной больной припадок возник около кипящего бака с бельем, в результате чего она получила ожог руки.

Кроме больших припадков, наблюдаются так называемые малые припадки (*petit mal*). Продолжительность малого припадка, как правило, не превышает нескольких десятков секунд. При этом больные не падают, у них не бывает судорог, как при большом припадке. Отмечаются лишь фибриллярные подергивания в отдельных мышцах. Иногда во время припадка больные ведут себя странно: кружатся на одном месте, совершают нелепые действия.

Эпилеп
Кратковреме
на русский я
время (секу
какой-либо
взгляд его ус
начатое дело
чают. Это не
К болес д
сумеречно
продолжаться
больше. Пове
теми болезне
испытывают.
ки галлюцина
ны и соответс
окружающих
совершают р
ния). Поэтому
психическую
лепсией, оста
ной квартире
стороны. Сум
лось в течени
нигде не мог
части обгорел
Все право
ройстве созна
стокостью. Бо
Почти во все
наступает пол
зать о своем
К сумереч
транса. Он
ся в течение
время ничем
больных, у ко
лось слышать
города, куда
путешествия.
работы домой
лось сознание
и стал расспр
площадей Мо
ся не в Москв
но, что у боль
ся на Ленингр

Эпилептические расстройства сознания. Кратковременное расстройство сознания — абсанс; в переводе на русский язык означает «отсутствие». Больной на короткое время (секунды) теряет сознание. Так, например, во время какой-либо работы или беседы больной как бы застывает, взгляд его устремляется в одну точку, а затем он продолжает начатое дело. Больные обычно сами таких состояний не замечают. Это не всегда могут заметить и окружающие.

К более длительным расстройствам сознания относится сумеречное состояние. Сумеречное состояние может продолжаться от нескольких минут до нескольких часов и больше. Поведение больных в этом состоянии определяется теми болезненными переживаниями, которые они в это время испытывают. Так, при сумеречном состоянии сознания нередко галлюцинации. Больные иногда видят устрашающие картины и соответственно ведут себя: прячутся, бегут, нападают на окружающих. Находясь в таком состоянии, больные нередко совершают различные правонарушения (убийство, разрушения). Поэтому иногда таких больных направляют на судебно-психическую экспертизу. Так, одна больная, страдавшая эпилепсией, оставалась со своим двухлетним ребенком в отдельной квартире. Все окна и двери были заперты с внутренней стороны. Сумеречное расстройство сознания у нее продолжалось в течение нескольких часов. Когда оно закончилось, она нигде не могла найти ребенка. Заявила в милицию. Вскоре части обгоревших костей ребенка были обнаружены в печке.

Все правонарушения, совершенные при сумеречном расстройстве сознания, характеризуются обычно нелепостью и жестокостью. Больные, совершившие их, не пытаются скрыться. Почти во всех случаях, по окончании сумеречного состояния наступает полная амнезия, больные ничего не могут рассказать о своем поведении.

К сумеречным изменениям сознания относится и состояние транса. Он также наступает внезапно и может продолжаться в течение нескольких дней и даже недель. Больные в это время ничем особенно не обращают на себя внимания. От больных, у которых наступали подобные состояния, приходилось слышать, что они совершали поездки не в тот конец города, куда собирались, или проделывали более дальние путешествия. Один больной, житель Москвы, возвращаясь с работы домой, впал в состояние транса. Когда к нему вернулось сознание, он не мог узнать улицу, на которой находился, и стал расспрашивать прохожих, как ему пройти на одну из площадей Москвы. В результате выяснилось, что он находится не в Москве, а в Ленинграде. В дальнейшем стало известно, что у больного наступило состояние транса, и он направился на Ленинградский вокзал, купил билет, сел в поезд и уехал,

ВЕРИТЕЛИ
ОБЩЕСТВА
ПРОСТОГО
ПРАВОСЛАВНОГО
ПРАВОСЛАВНОГО

Рис. 57.

Рис. 57.

Больные иногда в связи с собой в пример. Иногда или присо- приводим след.

Больной Н., 2-й бенком в семье. П- ный и общительный

ной работы больные проявляют необыкновенную тщательность и аккуратность (рис. 57). Если больному назначено медикаментозное лечение, то он внимательно следит за этим и раздражается при малейшей неточности его выполнения.

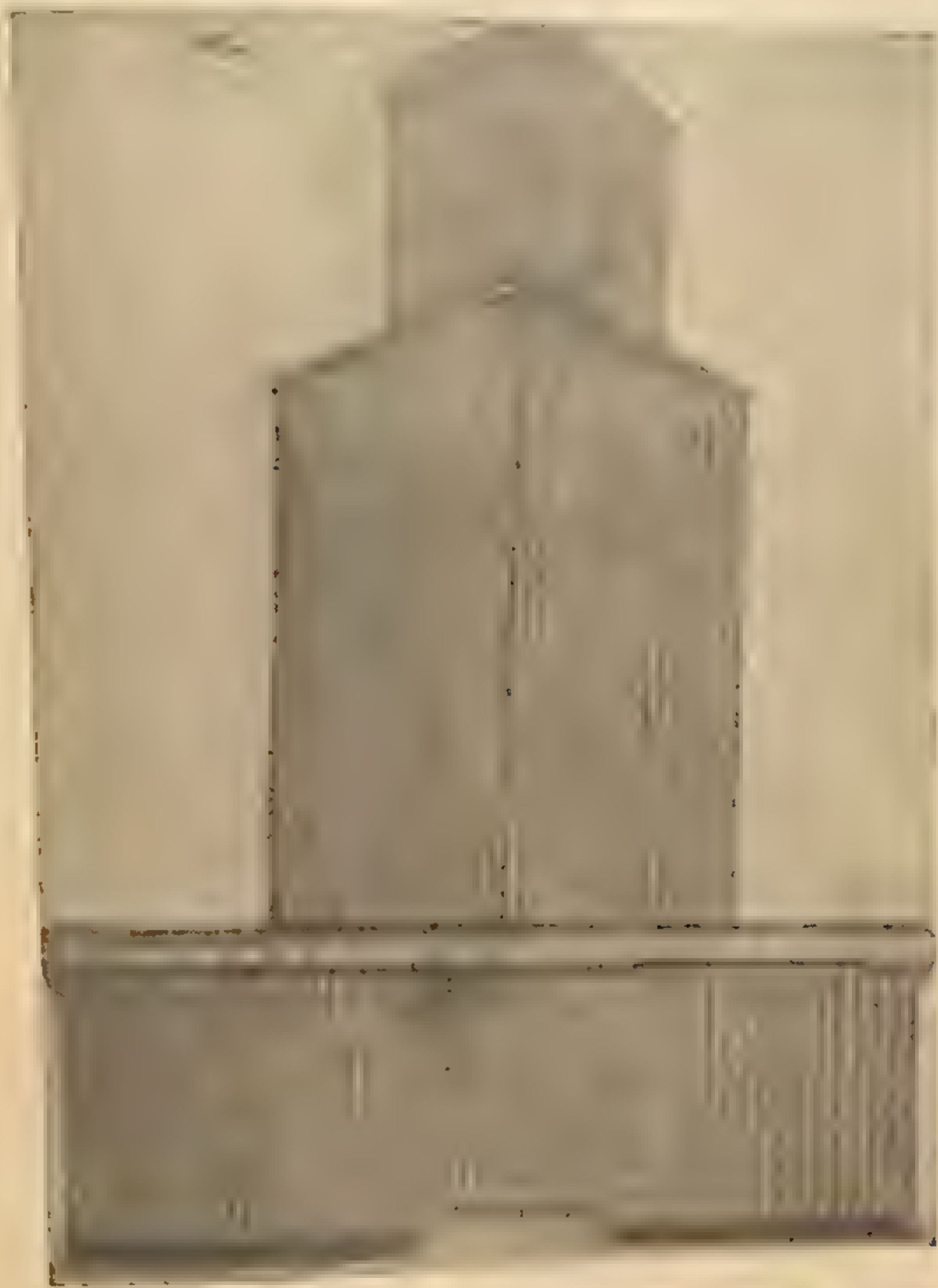


Рис. 57. Тщательность отделки рисунка больным, страдающим эпилепсией.

Больные иногда представляют себя борцами за справедливость. В связи с этим придираются к окружающим, ставят себя в пример. Движения больных часто становятся замедленными или приобретают угловатый характер. В виде примера приводим следующую историю болезни.

Больной Н., 22 лет, в клинику поступил в 1953 г. Родился первым ребенком в семье. Рос и развивался правильно. По характеру был спокойный и общительный. Учиться начал с 8-летнего возраста; окончил 8 клас-

сов, затем стал работать слесарем. В 1948 г. впервые появились припадки с потерей сознания. С этого времени припадки стали возникать периодически, один раз в месяц. Иногда припадки бывали сериями — по 10—12 в ночь. Перед приступом больной испытывал своеобразное ощущение, которое описывал так: «Наступает тяжесть в голове вместе с ощущением густого приятного запаха, который напоминает букву „ф“. Затем ничего больше не помню». Со слов окружающих знает, что бывают судороги, упускает мочу.

Постепенно у больного стала снижаться память, не мог заниматься в школе. До поступления в клинику находился на амбулаторном лечении; частота припадков уменьшилась, но полностью они не прекратились.

Физическое состояние. Видимых патологических отклонений не обнаруживается.

Неврологические симптомы. Легкая асимметрия лица.

Психическое состояние. Больной охотно вступает в контакт с врачом и рассказывает о себе. Говорит медленно, растягивая слова, иногда с трудом подбирает нужное слово. Речь монотонная, интонации голоса несколько певучи, иногда слащавы. Мимика лица бедная, невыразительная, движения угловаты и замедленны. Часто на вопрос отвечает излишне обстоятельно, пускаясь в несущественные подробности. Рассказывая о том, как он подрался, будучи уже больным, и получил удар ремнем по голове, застревает на деталях, выделяет ненужные подробности: «Это был удар ремнем, пряжкой... пряжка посередине, такая красивая пряжка... Знаете, бывают такие морские пряжки, большие, красивые? Вот он начал размахивать этим ремнем... Мы все бежать решили..., а я к нему спиной повернут был, и в этот момент он ударил по затылку... в голову значит... вот в это место приблизительно».

Память больного снижена. Крайне пунктуален и аккуратен. Тщательно записывает в особую книжку все назначения и советы врача, ведет специальный дневник самочувствия. Со времени заболевания изменился характер: стал малообщительным, угрюмым, круг интересов сузился. Старательно занимается в вечерней школе, но с трудом усваивает материал, несмотря на усидчивость и аккуратность.

После проведенного в клинике лечения припадки у больного прекратились, характерологические особенности остались без перемен.

Все указанные симптомы, характеризующие клинику эпилепсии, могут наблюдаться у одного и того же больного, но бывает и так, что встречаются только некоторые из них. У одних больных основное место в клинике занимают судорожные припадки, у других — расстройство сознания, у третьих — расстройство настроения и, наконец, у четвертых — изменение личности.

Может быть и так, что в начале заболевания в клинике фигурируют эпилептические припадки, а затем они исчезают и появляется та или иная приведенная выше симптоматика.

При постановке диагноза эпилепсии нужно постоянно помнить о том, что разнообразные причины могут вызывать эпилептиформные припадки. Как уже говорилось, они могут возникать при таких заболеваниях, как сифилис мозга, церебральный атеросклероз сосудов, травма головы, опухоль мозга.

Эпилептиформные припадки особенно легко возникают в детском возрасте. Они развиваются иногда при острых инфекциях, интоксикациях. Иногда возникновение припадков быва-

ет связано с глистной инвазией. После проведения соответствующего лечения припадки прекращаются. Учитывая все это, надо быть крайне осторожным при постановке диагноза эпилепсии в детском возрасте. В детском и юношеском возрасте нередко встречаются такие явления, которые получили название сомнамбулизма (снохождение). Некоторые авторы это состояние склонны относить к проявлениям эпилепсии, между тем сомнамбулизм, по современным данным, не всегда имеет отношение к этому заболеванию. Сомнамбулизм нередко является выражением расстройства сна.

Необходимо знать отличия эпилептического припадка от истерического. Продолжительность эпилептического припадка обычно не превышает 5 минут, а истерический припадок может продолжаться часами. При эпилептическом припадке реакция зрачков на свет отсутствует, при истерическом — сохраняется. При истерическом припадке больной никогда не получает таких тяжелых повреждений, как это бывает при эпилепсии. И, наконец, надо учитывать те симптомы, которые наблюдаются после окончания эпилептического припадка. О них следует особенно помнить, так как припадок ввиду его кратковременности не всегда удастся наблюдать.

Патологические основы эпилепсии. Механизм возникновения судорожного припадка и других расстройств при эпилепсии до сих пор окончательно неизвестен. По этому поводу существуют различные точки зрения.

Как уже было упомянуто, большое значение в возникновении заболевания придается нарушению обмена веществ. Токсические продукты, накапливаясь в организме человека, отравляют головной мозг. В ответ на это нервная система реагирует судорожным разрядом. Это можно представить себе следующим образом. Возникший в каком-либо участке очаг возбуждения постепенно нарастает. В дальнейшем это возбуждение распространяется (иррадирует) в головном мозгу, захватывая и двигательную зону его, что приводит к судорожному припадку. Характер ауры зависит от того, в какой области мозга (анализаторе) возникает первоначальный очаг возбуждения. Например, при очаге в затылочной доле во время ауры могут появиться зрительные галлюцинации.

И. П. Павлов о больных, страдающих эпилепсией, говорил, что у них наблюдается патологическая инертность нервных процессов. Возникшее возбуждение или торможение сменяет друг друга с большим трудом. Инертность нервных процессов сочетается с тем, что каждый из них может достигать большой силы. Значительная часть характерологических особенностей больных эпилепсией объясняется инертностью нервных процессов.

Патологическая анатомия. Наибольшие патологоанатомические изменения при эпилепсии встречаются в тех отделах мозга, которые хуже снабжены сосудами. В первую очередь сюда следует отнести область аммонова рога. Макроскопически удастся отметить сморщивание его. При микроскопическом исследовании мозга выявляются гибель нервных элементов и резкое разрастание глии. Разрастание ее в поверхностных слоях мозга обуславливает так называемый краевой глиоз. Часто наблюдаются изменения в мозжечке. В случаях, когда больные погибают в эпилептическом состоянии, всегда отмечаются набухание или отек мозга и точечные кровоизлияния.

Лечение. Из медикаментозных средств наиболее широко применяется люминал, который целесообразно назначать в сочетании с солями брома. Обычно назначают 0,1 г люминала на ночь и 2 раза в день по 1 столовой ложке 5% раствора бромистого натрия. Если у больных от приема брома появляются *аспе vulgaris*, то дополнительно назначают по 5 капель 2 раза в день следующую микстуру:

Rp. Liq. arsenicalis Fowleri 3,0
T-rae Absinthii 15,0
MDS. По 5 капель 2 раза в день

В дальнейшем, наблюдая за состоянием больного, в зависимости от происходящих изменений меняют соотношение между количеством люминала и брома. Весьма важно подобрать такую дозу, при которой припадки прекращаются. В целом курс лечения продолжается до года. Применяют также хлоракон, бензонал, френакон.

Кроме того, при лечении эпилепсии употребляется дилантин по 0,1 г 3 раза в день, обычно в комбинации с люминалом. Курс лечения дилантином продолжается 3 недели. Иногда применяются методы Е. И. Кармановой, М. Я. Серейского и др.¹.

В последние годы с успехом применяется лечение гексамидином (майсолин). Вначале назначают дозу 0,1 г 1 раз в день, далее повышают дозу от 0,25—0,5 г 2—3 раза в день.

При малых припадках с успехом используется триметин по 0,1—0,2 г 3 раза в день. При длительном употреблении его необходимо тщательно следить за формулой крови. В некоторых случаях применяются глютаминовая кислота и сернокислая магнезия внутримышечно, а также либриум.

¹ В курс лечения по методу Е. И. Кармановой входит прием по определенной схеме пилюль и микстуры, содержащих смесь некоторых противосудорожных и наркотических веществ. М. Я. Серейский предложил микстуру, которая содержит препараты противосудорожного действия, а также оказывающие дегидратационный (мочегонный) эффект.

Если у больного развивается эпилептический статус, необходимо принимать срочные меры. В таких случаях рекомендуется 2—3 г хлоралгидрата в клизме или 10% раствор бромистого натрия внутривенно (до 10 мл), или 10% раствор гексенала внутримышечно. Если эти меры не оказывают эффекта, то следует применять наркоз. В некоторых случаях прибегают к люмбальной пункции. Необходимо тщательно следить за состоянием сердечной деятельности и дыхания. Назначают кордиамин, глюкозу, в некоторых случаях меркузал.

При лечении эпилепсии больным рекомендуется молочно-растительная диета. Ограничивают употребление поваренной соли и жидкостей.

Категорически запрещается употребление алкогольных напитков.

Больным эпилепсией не разрешается работать в условиях, которые могут представлять опасность в случае возникновения припадка (на большой высоте, у водоемов, около движущихся механизмов, у огня).

Уход. Во время эпилептического припадка необходимо принять меры, чтобы больной не получил тяжелых повреждений. Для этого следует под голову подложить подушку или какие-либо мягкие вещи. Руки и ноги больного надо легко придерживать, предохраняя их от ушибов. Нельзя, однако, стремиться силой противодействовать судорожным движениям конечностей, так как этим можно нанести больному повреждение (переломы, растяжение связок). Необходимо расстегнуть воротник рубашки, снять пояс. В рот рекомендуется сбоку вставить шпатель. Если его нет, можно использовать край полотенца, салфетки, завязанный в узел. Делается это для предохранения языка от прикусов. Голову следует повернуть в сторону, чтобы свободно стекала слюна и язык не мешал дыханию.

В случае возникновения сумеречного расстройства сознания персоналу необходимо проявить большую находчивость и умение в обращении с больными. В это время у некоторых больных может наблюдаться сильное возбуждение. Чтобы удержать больного, приходится привлекать 3—4 человек. Когда трудно подойти к возбужденному больному, пользуются одеялом или матрацем: на больного быстро накидывают одеяло, а остальной персонал в этот момент тотчас подходит и удерживает его согласно существующим правилам. Затем по назначению врача больному обычно дают наркотические средства или аминазин внутримышечно (см. Эпилептический статус, стр. 161).

За больными эпилепсией надо постоянно следить, не допускать столкновения и ссор с окружающими больными.

ШИЗОФРЕНИЯ (SCHIZOPHRENIA)

Термин «шизофрения» в переводе с греческого означает «расщепление психики» или «расщепление души». Шизофрения чаще встречается в возрасте от 18 до 30 лет и является одним из распространенных психических заболеваний. Процент заболевания среди мужчин и женщин примерно одинаковый. Много в изучении шизофрении было сделано С. С. Корсаковым, немецкими психиатрами Э. Крепелином и Е. Блейлером.

Симптомы. Начало заболевания может быть острым и постепенным. Если оно развивается остро, то нередко наблюдается картина двигательного возбуждения или полная заторможенность.

Первыми признаками заболевания у многих больных являются головные боли, которые имеют своеобразный характер. Больные жалуются на ощущение давления внутри головы, чувство распираания. Нередко появляется расстройство сна.

Чем моложе заболевший, тем чаще приходится встречаться с расстройствами сна в виде повышенной сонливости и, наоборот, чем старше, тем чаще наблюдается бессонница.

Иногда отмечается общая слабость, вялость. В кругу товарищей больной испытывает чувство неловкости, у него появляется желание к уединению. Иногда такие больные закрываются у себя в квартире и длительное время никуда не выходят. Другие, напротив, с началом заболевания часами и днями могут бродить по улице и нигде не находят себе места. У некоторых больных появляется раздражительность, особенно по отношению к близким. Учащиеся по мере развития заболевания все больше испытывают затруднения при занятиях. Им бывает трудно усвоить новое, во время чтения они перестают понимать смысл прочитанного, одну и ту же страницу перечитывают несколько раз. Иногда больные заявляют о том, что они как-то изменились, стали не теми, какими были; обнаруживается нередко растерянность.

Для шизофрении характерны галлюцинации, особенно обонятельные и слуховые. При обонятельных галлюцинациях больным кажется, что пахнет чем-то тухлым, гнилым, каким-то газом. Некоторые больные считают, что неприятный запах распространяется от них. Так, один больной уверял, что от него пахнет мочой, которая еще в детстве «впиталась в его ноги», и принимал различные меры, желая избавиться от этого запаха: обтирался одеколоном, ежедневно ходил в баню. При слуховых галлюцинациях слышатся голоса, которые часто отдают больным различные приказания или осуждают их поступки. Иногда слуховые галлюцинации проявляются в

виде окликов по имени. Отношение больных к галлюцинациям бывает различным (критическое, некритическое).

В случаях, когда «голоса» воспринимаются внутри головы, говорят о псевдогаллюцинациях, нередко встречающихся при шизофрении.

Появляются различные нарушения мышления, из которых чаще встречаются так называемые провалы, «закупорка» мыслей, «соскальзывание», склонность к символизации. Больные иногда рассказывают, что у них внезапно исчезают все мысли и лишь через некоторое время появляются вновь. Временами они утрачивают способность управлять своими мыслями. Обильное количество мыслей, появляющихся помимо желания больных, называется «наплывом мыслей» (ментизм).

Иногда у больного в одно и то же время возникают две взаимно противоположные мысли или два противоположных стремления.

Обычно рано в клинической картине заболеваний обнаруживается аутизм — отрыв от реальности, погружение больного в мир своих переживаний. При этом с больным бывает крайне трудно вести беседу, договориться о чем-либо. Например, если больной разговаривает с кем-нибудь, то его высказывания часто идут не в плане беседы.

У некоторых наблюдается так называемая двойная ориентировка: больные, с одной стороны, могут правильно называть то место, где они находятся, и в то же время считать, что они в тюрьме.

При шизофрении нередко развивается бред отношения, преследования, физического воздействия, отравления, ипохондрический бред.

В начале болезни бред еще не носит систематизированного характера. В дальнейшем он может развиваться в сложную систему. В некоторых случаях наблюдается разорванность мышления. Больной произносит грамматически правильно построенные фразы, но смысловая связь между ними отсутствует. При этом заболевании весьма характерным являются определенные изменения в области эмоциональной сферы. Они зависят от давности заболевания и формы течения болезни. В начальных стадиях, как правило, наблюдается двойственность (амбивалентность) в чувствах, в более поздние периоды может наступить эмоциональная тупость.

В середине прошлого столетия разные клинические проявления шизофрении рассматривались как самостоятельные заболевания. Так, были описаны кататония, паранойя, гебефрения.

Дальнейшие клинические наблюдения показали, что при всех названных болезненных состояниях речь идет фактически об одном заболевании, которое может проявляться в различ-

ных формах. При всех формах имеется ряд общих признаков, которые позволяют их объединить в одну болезнь — шизофрению. К числу таких общих признаков в первую очередь следует отнести: расщепление (двойственность в чувствах, действиях, одновременное сосуществование взаимно противоположных мыслей, двойная ориентировка), аутизм и постепенное нарастание болезненных явлений.



Рис. 58. Больная шизофренией с эмоциональной тупостью и слабоумием.

К настоящему времени описано большое число форм шизофрении, но мы остановимся на изложении основных четырех, наиболее часто встречающихся.

Простая форма. Для этой формы характерно отсутствие таких выраженных психопатологических симптомов, как галлюцинации, бред, двигательные нарушения. Простая форма обычно начинается в юношеском возрасте и характеризуется медленным нарастанием вялости и безразличия. Больные перестают всем интересоваться, днями могут лежать в постели, ничего не делать. Снижается трудоспособность. Иногда появляется раздражительность, особенно в отношении близких. Обычно наблюдаются нарушения со стороны мышления, что может выражаться в наплывах мыслей, в разорванности

мышления, в задержке течения представлений. Со временем все больше нарастают изменения личности, которые могут доходить до выраженного слабоумия и эмоциональной тупости (рис. 58). Приведем следующий пример.

Больная Т., 18 лет, находилась в клинике с 6/XII 1948 г. по 17/II 1949 г. Родилась в срок, росла и развивалась правильно. Школу начала посещать с 8 лет, училась хорошо, успешно окончила 10 классов и поступила в институт. По характеру всегда была веселой, общительной. Из инфекционных заболеваний в детстве перенесла только корь.

Весной 1946 г. у больной появились головные боли, бессонница, стало труднее учиться; отметила, что любимые ранее предметы ее меньше интересуют. Несмотря на это, успешно сдала экзамены, летом отдыхала и чувствовала себя здоровой. Осенью опять начались головные боли, плохо спала, ничто не интересовало, тяготилась обществом друзей. В институте

ей казалось, что на нее подозрительно смотрят, подсмеиваются. Утром с большим трудом заставляла себя выйти из дома, но в институт не ходила, бесцельно бродила по улицам. Постепенно безразличие и вялость нарастали. Перестала вставать, целые дни лежала в постели, не умывалась и не причесывалась. Сделалась грубой и злобной по отношению к близким, особенно к матери, которую раньше очень любила.

Физическое состояние. Патологических отклонений не обнаружено.

Неврологических симптомов нет.

Психическое состояние. Правильно ориентирована в месте, неточно во времени. Каждый день заявляет врачу, что она здорова и не понимает, почему ее держат в больнице. Целые дни ничем не занята, бесцельно бродит по коридору или лежит в постели. Неряшливо одета, не причесана. На предложение заняться каким-нибудь делом обычно отвечает, что в больнице не работают, а читать не имеет смысла, так как она достаточно прочтала книг. Склонна к резонерству. Эмоционально холодна. Никаких планов на будущее не высказывает.

Кататоническая форма. Для этой формы характерны в основном двигательные нарушения, которые проявляются в кататоническом ступоре или в кататоническом возбуждении.

При кататоническом ступоре больные неподвижны. При этом положение их может быть различным. То они принимают эмбриональную позу (руки и ноги максимально согнуты во всех суставах и прижаты к туловищу, голова наклонена вперед так, что подбородок прикасается к груди) (рис. 59), то лежат с разогнутыми конечностями. Изменить их положение обычно не удается. У больных отмечается мутизм, т. е. отсутствие речи, иногда обнаруживается явление, известное под названием каталепсии, или восковидной гибкости. Так, например, если подойти к больному и поднять вверх его руки или ноги, он на долгое время застывает в таком положении (рис. 60). Другие больные, находясь в постели, подолгу держат голову над подушкой так, что под головой имеется пространство. Это называется симптомом «воздушной подушки» (рис. 61). При прикосновении к губам больного они

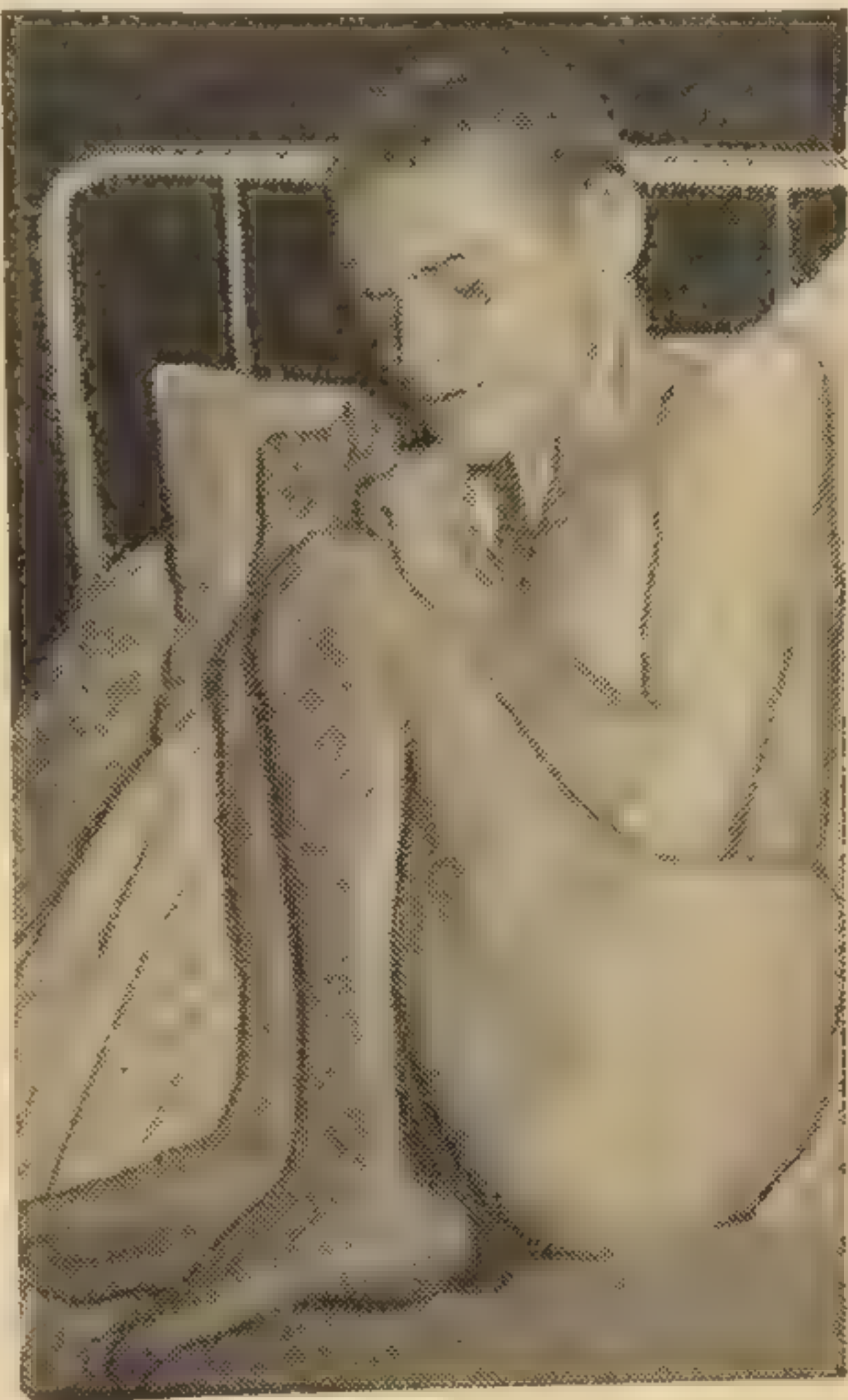


Рис. 59. Кататонический ступор. Эмбриональная поза.

иногда складываются в трубочку и вытягиваются вперед — симптом «хоботка» (рис. 62).

Одним из ярких признаков этой формы шизофрении является негативизм. Больные с негативизмом обычно не выполняют тех действий, которые им предлагают, или совер-



Рис. 60. Кататоническая форма шизофрении. Восковая гибкость.

шают противоположные. Так, если больному предлагают открыть рот, то он или не открывает его, или закрывает еще плотнее. Негативизм часто является причиной отказа от еды.

Следует всегда помнить, что у больного, находящегося в кататоническом ступоре, может внезапно наступить двигательное кататоническое возбуждение. Оно характеризуется следующими основными признаками: движения больных нецеленаправленные, хаотичные, вычурные, нередко носят импульсивный характер. Часто отмечается стереотипия движений и речи, что выражается в повторении одного и того же действия, слова или фразы. В случаях речевого возбуждения (которое может быть изолированным) больные выкрикивают отдельные слова, фразы, которые не имеют между со-

бой никакой связи, так что понять речь такого больного невозможно — это так называемая речевая разорванность. Больные иногда повторяют слова и действия окружающих (эхолалия и эхопраксия).

Возбуждение может быть очень кратковременным (несколько минут) или затягиваться на многие дни, недели. Нередко оно так же внезапно прекращается, как и начинается.

Кататоническая форма по сравнению с другими формами шизофрении протекает, по мнению некоторых авторов, более благоприятно. Известны случаи, когда больные, долгое время (годы) находившиеся в кататоническом ступоре, по окончании болезни возвращались на прежнюю работу. Приводим пример.

По характеру

С сентября 1947
появилась рассеян
приятные запахи
еды, высказывал
говорил, что не
сдажду, пищу. Б
убийстве. Такое
Аалось несколько
до Летом 1947
головные боли, р
си, стал отказыв
го не мог делать
ной позы, ощуща
хи. Часто появля
что жить не сто
жизнь самоубийс
психиатром и п
Физическ
Патологических
чело. Психичес
Большой резко з
сидит в одной п
асвой, с согнут
и опущенными в
пытке поднять
кое сопротивлен
тив своего жела
кратные предло
женности перехо
палате, куда-то

Больной Д., 14 лет, находился в клинике с 24/XII 1947 г. по 27/III 1948 г. Родился в срок, рос и развивался правильно. В детстве перенес корь и скарлатину. Школу начал посещать с 8 лет, учился хорошо, много читал. По характеру был общительный, любил товарищей.



Рис. 61. Симптом «воздушной подушки».

С сентября 1946 г. стал жаловаться на головные боли, пропал сон, появилась рассеянность, не мог ни на чем сосредоточиться. Ощущал неприятные запахи, отказывался от еды, высказывал идеи самообвинения, говорил, что не заслужил хорошую одежду, пищу. Были мысли о самоубийстве. Такое состояние продолжалось несколько дней и затем прошло. Летом 1947 г. опять появились головные боли, рассеянность, пропал сон, стал отказываться от еды, ничего не мог делать, часами сидел в одной позе, ощущал неприятные запахи. Часто появлялись мысли о том, что жить не стоит. Решил покончить жизнь самоубийством. Был осмотрен психиатром и помещен в клинику. Физическое состояние. Патологических изменений не отмечено.



Рис. 62. Симптом «хоботка» у больного шизофренией.

Психическое состояние. Больной резко заторможен. Часами сидит в одной позе с опущенной головой, с согнутыми руками в локтях и опущенными вниз кистями. При попытке поднять голову оказывает резкое сопротивление. Посаженный против своего желания на стул, остается неподвижным, несмотря на неоднократные предложения встать. Состояние меняется в течение дня. Заторможенность переходит в возбуждение, во время которого больной бежит по палате, куда-то стремится. При этом издает нечленораздельные звуки или

выкрикивает отдельные не связанные между собой слова. Движения нецелесообразные и неkoordinированные.

По окончании курса лечения приступил к занятиям в школе.

Параноидная форма. В клинической картине параноидной формы шизофрении основным является бред. Для шизофрении особенно типичен бред преследования, отноше-



Рис. 63. Больной с бредом величия (считает себя великим изобретателем. Рассказывает о своих «открытиях»).

ния, отравления, физического воздействия и ипохондрический, иногда встречается и бред величия. При этой форме чаще, чем при других, наблюдаются галлюцинации.

Поведение больных нередко определяется содержанием галлюцинаторных и бредовых переживаний (рис. 63). Параноидная форма чаще начинается в возрасте 30—40 лет. При бреде отношения больным кажется, что все происходящее вокруг имеет к ним какое-то отношение. Например, если из окружающих кто-то кашлянул, то больной считает, что ему делают какой-то намек, знак.

При бреде преследования больные постоянно вокруг себя видят врагов, подсланных

лиц. Иногда они говорят, что существует специальная организация, которая по непонятным причинам занимается слежкой за ними.

При бреде физического воздействия больные утверждают, что кто-то с помощью специальных аппаратов наносит вред их здоровью. Одна больная уверяла, что ее каждую ночь прижигают с помощью специальных аппаратов и сожгли ей все лицо и шею.

Довольно часто встречается бред отравления. В этих случаях больные считают, что им подсыпают яд в пищу. Это часто является причиной отказа от еды.

При ипохондрическом бреде больные, например, заявляют, что их внутренние органы атрофированы или совсем отсутствуют, пища не усваивается, мозг ссохся и стал маленьким. В других случаях больные убеждены, что они больны раком, требуют операции, «обнаруживают» у себя все признаки этого заболевания. При наличии бреда и частых галлюцинаций можно говорить о галлюцинаторно-параноидной форме шизофрении. Приводим пример.

Больная П., 56 лет.
Была веселая, общительная.
Окончила школу.
Заболела в 1936 году.
стала раздражительной
своими средствами.
больницу. По выписке
ла себя хорошо, пр
ботать. Обострение
отмечается с лета 19

Во время пребы
ние у больной поя
вые галлюцинации;
голоса некого По
друзей, которые обв
ражении сифилисом
дентов и учащихся
школ, где она препода
тов «устраивал ей
вал ее различными
вами, пел про нее
песни, называл фаши
время больная прос
ной позе со склонен
выслушивая его об
зала ноздри мылом
слышалось, как он
из ее носа выделяе
отравляющее окру
нажды, по ее сло
заявил ей, что доп
она ни в чем не ви
рез некоторое врем
слышать его голос:
что нанес непопр
моему здоровью и
меня уничтожить
больная постоянно
своего врага, котор
Голос она слышит
ет ему пищу, что
в подвал и отобра
ми которого он ра

Гебефрени
френии в повед
рашливость. Б
беседы нередко
Ответы их
держат элемен
больных бывае
речевая разор
ное возбужден

Больной К., 1
1948 г. Родился
12 Нервные и

Больная П., 56 лет. Росла и развивалась правильно, по характеру была веселая, общительная, отзывчивая. Рано выявилась музыкальная одаренность. Окончила консерваторию, преподавала музыку. Замужем, имеет здорового взрослого сына.

Заболела в 1936 г. Появилась подозрительность, настороженность, стала раздражительной, искала у себя различные заболевания. Лечилась своими ередствами. Несколько раз ее стационарировали в психиатрическую больницу. По выписке чувствовала себя хорошо, продолжала работать. Обострение заболевания отмечается с лета 1953 г.

Во время пребывания в клинике у больной появились слуховые галлюцинации; ей слышались голоса некого Политова и его друзей, которые обвиняли ее в заражении сифилисом врачей, студентов и учащихся музыкальных школ, где она преподавала. Политов «устраивал ей допрос, обзывал ее различными обидными словами, пел про нее неприличные песни, называл фашисткой». В это время больная простаивала в одной позе со склоненной головой, выслушивая его обвинения. Замазала ноздри мылом, так как ей слышалось, как он говорил ей, что из ее носа выделяется зловоние, отравляющее окружающих. Однажды, по ее словам, Политов заявил ей, что допрос окончен и она ни в чем не виновата. Но через некоторое время стала опять слышать его голос: «Он испугался, что нанес непоправимый ущерб моему здоровью и поэтому решил меня уничтожить». С тех пор больная постоянно слышит голос



Рис. 64. Вычурная поза больной гебефренической формой шизофрении.

своего врага, который сообщает обо всех зверствах, совершаемых над ней. Голос она слышит из подвала. Убеждена, что он скрывается там, посылает ему пишу, чтобы не разгневать его сильно, умоляет врачей спуститься в подвал и отобрать у него рентгеновский аппарат, ящик с радиом, «лучами которого он размахивает».

Гебефреническая форма. При этой форме шизофрении в поведении больных преобладают манерность, дурашливость. Больные принимают вычурные позы, во время беседы нередко гримасничают (рис. 64).

Ответы их носят характер плоских, нелепых шуток или содержат элементы пустого мудрствования, резонерства. Иногда больных бывает трудно понять, так как у них обнаруживается речевая разорванность. У больных часто возникает двигательное возбуждение. Приводим пример.

Больной К., 18 лет, находился в клинике с 18/IX 1947 г. по 4/III 1948 г. Родился в крестьянской семье. Рос и развивался правильно. По

характеру был веселый, жизнерадостный, любил проводить время с товарищами. Учиться в школе начал с 9 лет, успеваемость была средняя. Рано выявились большие способности к рисованию. Окончил 4 класса и ремесленное училище. Работал печатником.

С лета 1947 г. появились повышенная утомляемость, головные боли, головокружение. Пропал ко всему интерес, рисовать не хотелось, за собой не следил, не умывался, не ходил в баню. Избегал встреч с товарищами, ссорился с домашними. На работе вел себя странно, делал много ненужных движений, становился спиной к машине и в таком положении старался работать. Однажды отказался идти на работу, не вставал с постели, укрывался с головой одеялом. В таком состоянии был помещен в психиатрическую клинику.

Физическое состояние. Патологических изменений не обнаружено.

Психическое состояние. Больной в ясном сознании, в обстановке ориентируется правильно, во времени не совсем точно. С окружающими больными не общается, один ходит по палате, неадекватно смеется, гримасничает, вытягивает губы, делает какие-то неопределенные жесты руками. Пребыванием в больнице не тяготится, иногда высказывает желание заняться каким-либо делом, просит бумагу и карандаш, говорит: «Хочу рисовать», но в то же время предложенную бумагу долго держит в руках, смеется, затем прячет под матрац. Часами проводит время в постели с газетой в руках, причем ее не читает, безучастно смотрит по сторонам или лежит с закрытыми глазами. Эмоциональность снижена. При встрече со своими родителями пытается пройти мимо. Состояние больного меняется: то он становится более скованным, то наступает расторможенность. В это время манерен, дурашлив, произносит набор фраз, часто не связанных между собой по смыслу, садится на пол, машет руками, говорит, что он «домашняя курица».

Следует сказать, что выделение отдельных форм шизофрении является условным, так как в клинической картине болезни нередко имеются симптомы всех описанных выше форм. Кроме того, установлено, что на протяжении болезни одна форма может переходить в другую.

Шизофрения в детском возрасте в своем проявлении и течении имеет ряд особенностей. Как показывают исследования Т. П. Симсон, в этом возрасте никогда не бывает развернутого бреда; значительное место в клинике занимают ночные страхи и изменения поведения. В детском возрасте шизофрения имеет склонность к затяжному течению. Обычно лучший прогноз, как указывает Г. Е. Сухарева, наблюдается в подростковом возрасте. В этом периоде значительное место в клинической картине занимают ипохондрические жалобы. На втором месте в клинике подростковой шизофрении стоят кататонические симптомы.

Особенности течения и прогноз. Шизофрения относится к числу таких заболеваний, при которых с определенностью говорить о прогнозе весьма трудно. Это объясняется тем, что характер течения заболевания и формы, в которых оно проявляется, весьма разнообразны. Так, например, в одних случаях заболевание с самого начала принимает затяжной, неблагоприятный тип течения. В других случаях

относительно
позволяет го
нейшем у бо
рения болезн
состояния че
так называем
сни между о
щаются к ра

Частые и
сказываются
приводят к б

ре в виде пр
Предсказ
мой, в котор

бешенчески
Предсказ
нее благопри

нем возрасте
В редких

остро, в виде
нарушениями

желое состоя
воизлияния и

крови (В. А.
бают. Изуче

биков.

В далеко
ях болезни р

личности. Та
ностью, проя

ментарных г
лые, апатиче

ми поступка
Наблюдаютс

го слабоуми
больной не
то же время

Сомати
При шизофр
логия внут
нарушения с
но-сосудисто
ной железы,
сердца, общ
При шизо
женные, рас
личаются бо

относительно быстро наступает глубокая ремиссия, которая позволяет говорить о практическом выздоровлении. В дальнейшем у больного может никогда не наступить нового обострения болезни. Иногда же после первого приступа подобные состояния через то или иное время повторяются вновь — это так называемый ремиттирующий тип течения. В период ремиссии между отдельными приступами больные нередко возвращаются к работе.

Частые и длительные обострения болезни неблагоприятно сказываются на трудоспособности и интеллекте больного, приводят к более заметным изменениям в эмоциональной сфере в виде притупления эмоций.

Предсказание при шизофрении связано также с той формой, в которой проявляется заболевание. Например, при гебефренической и простой форме прогноз менее благоприятен.

Предсказание также зависит от возраста заболевшего: менее благоприятным течение болезни бывает в детском и позднем возрасте.

В редких случаях заболевание протекает чрезвычайно остро, в виде кататонического возбуждения с выраженными нарушениями соматического состояния больного: общее тяжелое состояние, субфебрильная температура, точечные кровоизлияния в кожные покровы, в вещество мозга, изменения в крови (В. А. Ромасенко). В отдельных случаях больные погибают. Изучением острой шизофрении занимался О. В. Кербинов.

В далеко зашедших, неблагоприятно протекающих случаях болезни развивается картина явно выраженного изменения личности. Такие больные неопрятны, не следят за своей внешностью, проявляют интерес только к удовлетворению элементарных потребностей. Некоторые из них чрезвычайно вялые, апатичные, другие периодически возбуждены, с нелепыми поступками и высказываниями, речевой разорванностью. Наблюдаются эмоциональная тупость и картина своеобразного слабоумия. Своеобразие слабоумия состоит в том, что больной не может решить простейшей жизненной задачи и в то же время иногда правильно отвечает на сложные вопросы.

Соматические нарушения при шизофрении. При шизофрении нередко обнаруживается та или иная патология внутренних органов. Особенно часто отмечаются нарушения со стороны желез внутренней секреции и сердечно-сосудистой системы, например недостаточность щитовидной железы, половых желез и надпочечников, малые размеры сердца, общий инфантилизм.

При шизофрении иногда можно обнаружить слабо выраженные, рассеянные неврологические симптомы, которые отличаются большим непостоянством.

Патологические основы шизофрении. В основе шизофрении, согласно учению И. П. Павлова, лежит разлитое охранительное торможение в головном мозгу. Для ослабленных нервных клеток коры головного мозга больных шизофренией обычные раздражители становятся сверхсильными, что и приводит к развитию охранительного торможения. Оно обычно начинает развиваться в коре, но может охватывать и ствол мозга. Столь разнообразная клиническая картина, наблюдаемая при шизофрении, определяется глубиной и распространенностью процесса торможения. При торможении коры головного мозга отмечается кататоническое возбуждение.

Это объясняется тем, что подкорковая область выходит из-под контроля коры и, кроме того, в ней возникает состояние патологического возбуждения вследствие положительной индукции. Поэтому движения при кататоническом возбуждении носят хаотический характер. В силу этих же обстоятельств кататоническое возбуждение резко отличается от возбуждения маниакального, наблюдаемого при маниакально-депрессивном психозе, при котором кора находится в состоянии возбуждения и поэтому все движения носят целенаправленный характер.

Известно, что кофеин усиливает процессы возбуждения. Е. А. Попов, которым сделано много в области изучения патологии шизофрении, отмечал, что у больных с кататоническим возбуждением после введения кофеина наступало успокоение, а у больных с маниакальным возбуждением — усиление возбуждения. Это объясняется тем, что у больных с кататоническим возбуждением кофеин усиливает процессы возбуждения в коре, в результате чего восстанавливалось ее регулирующее влияние на подкорковую область.

Гебефреническое возбуждение связывают с частичным торможением коры и растормаживанием подкорковой области.

При кататоническом ступоре торможение, кроме коры, в частности ее двигательной зоны, охватывает и подкорковую область.

Наблюдаемый при шизофрении негативизм может быть подразделен на активный и пассивный. При пассивном негативизме больные обычно не выполняют того, что им предлагают сделать. Например, больного просят встать, а он продолжает сидеть. Но иногда больной не выполняет предлагаемых действий, когда говорят громко или обычным голосом; если же произносят слова шепотом, больной выполняет распоряжения. Это объясняется наличием парадоксальной фазы.

В основе активного негативизма лежат явления ультрапарадоксальной фазы в коре головного мозга. Как можно

объяснить, например, разогнуть руку, сгибателей — при Когда больном телей направляе раздражение пр и рука разогнут да имеется сла щие в корковых ния вызывают т положительной сгибателей и ру

Симптом «хс проявление соса областью, котор затормаживаето нии торможер ме подкорковых живается.

Аутизм и ра зофрении, такж мозга. Аутизм в коре головного жители получаю следы прошлых имеют большее да становится ет не по сущест ной на вопрос, «Со мной учил сти кофеин, то

П а т о л о г и сти заболевания обнаруживаются рофии. Мягкие мутные.

Микроскопи личие дистрофи гли и в волок сморщены; в н (жироподобное в третьем слое клеток. Как пр ьует или весьм В случаях ся отек и наб ики наруше

объяснить, например, то, что больной, которому предлагают разогнуть руку, сгибает ее. Группа мышц — сгибателей и разгибателей — представлена определенными центрами в коре. Когда больному предлагают разогнуть руку, в центр разгибателей направляется определенное раздражение. В норме это раздражение привело бы в возбуждение центр разгибателей и рука разогнулась. Иначе дело обстоит при шизофрении, когда имеется слабость корковых клеток. Импульсы, поступающие в корковый центр разгибателей руки, вместо возбуждения вызывают там торможение. Это торможение по законам положительной индукции приводит к возбуждению центр сгибателей и рука сгибается вместо того, чтобы разогнуться.

Симптом «хоботка» при шизофрении есть не что иное, как проявление сосательного рефлекса, связанного с подкорковой областью, который у взрослого человека с развитием коры затормаживается. При шизофрении кора находится в состоянии торможения, поэтому ряд заторможенных в норме подкорковых рефлексов вновь оживляется, растормаживается.

Аутизм и разорванность мышления, наблюдаемые при шизофрении, также связаны с торможением в коре головного мозга. Аутизм объясняется наличием парадоксальной фазы в коре головного мозга, при которой реакции на слабые раздражители получаются большими, чем на сильные. В результате следы прошлых восприятий (представления) для больного имеют большее значение, чем наличные раздражители. Отсюда становится понятным, почему больной с аутизмом отвечает не по существу задаваемых ему вопросов. Например, больной на вопрос, в каком году он окончил институт, отвечает: «Со мной учились хорошие товарищи». Если больному ввести кофеин, то ответы его становятся более адекватными.

Патологическая анатомия. При большой давности заболевания в головном мозгу (главным образом в коре) обнаруживаются то более, то менее выраженные явления атрофии. Мягкие оболочки мозга иногда несколько утолщенные, мутные.

Микроскопическое исследование мозга обнаруживает наличие дистрофических изменений в нервных клетках, в невроглии и в волокнах. Нервные клетки, как правило, атрофичны, сморщены; в них имеется большое скопление липофусцина (жироподобное вещество). В различных слоях коры (особенно в третьем слое) видны мелкие участки выпадения нервных клеток. Как правило, реакция со стороны невроглии отсутствует или весьма незначительная.

В случаях начальных стадий заболевания обнаруживаются отек и набухание мозга, микроскопически — тяжелые признаки нарушения кровообращения.

Основные патологоанатомические изменения в мозгу при шизофрении дают некоторые основания думать о токсическом их происхождении.

Этиология. Как уже было сказано, патофизиологической основой шизофрении является слабость нервных клеток. Очевидно, эта слабость развивается вследствие отравления всего организма, в том числе головного мозга, ядовитыми продуктами, которые появляются в связи с нарушенным обменом веществ (главным образом нарушением белкового обмена). Причина нарушения обмена веществ до настоящего времени неизвестна.

Лечение. В данном разделе изложены только основные методы лечения, которые в настоящее время сравнительно широко применяются в психиатрической практике: инсулинотерапия, сульфозинотерапия и лечение аминазином.

Лечение инсулином вызывает определенный сдвиг в обмене веществ, уменьшение интоксикации. Прежде чем начать лечение инсулином, у больных проверяют количество сахара в крови натощак и проводят специальную сахарную нагрузку. Инсулин, введенный в организм, снижает количество сахара в крови, которое в норме натощак равняется 90—110 мг%. С помощью инсулина это количество можно понизить до 10—20 мг%. При значительном снижении сахара в крови наступает так называемый шок (гипогликемическая кома). Средняя доза инсулина, которая вызывает шок, примерно равняется 80—100 единицам. Однако известны случаи, когда шоковое состояние развивалось при введении 30 единиц; с другой стороны, имеются наблюдения, когда инъекция 200 единиц еще не вызывает шока. Для того чтобы установить, какое же количество единиц инсулина вызывает шоковое состояние, дозу повышают постепенно. Первая доза обычно равняется 4—8 единицам; ежедневно ее увеличивают на 4 единицы. Дозу наращивают до тех пор, пока у больного не наступит шок. На этой дозе останавливаются. Курс лечения включает примерно 25—30 шоков.

В шоковом состоянии больные обычно не реагируют на внешние раздражители, зрачки расширены. Как правило, больные в это время сильно потеют. В состоянии шока больного держат 30—40 минут, после чего выводят из этого состояния (купируют шок). Для того чтобы вывести больного из шока, ему вводят внутривенно 20—30 мл 40% раствора глюкозы. После введения такого количества глюкозы у больных через 1—2 минуты проясняется сознание. Затем дают выпить 200 г сахара, приготовленного в виде сиропа, после чего больные получают завтрак. Сестра должна лично следить за кормлением больных. Многие больные тотчас после купирования инсулинового шока глюкозой находятся еще в оглу-

шенном состоянии, плохо глотают, задерживают пищу во рту и легко могут поперхнуться. Кроме того, необходимо проследить, чтобы больной выпил сахарный сироп и съел завтрак полностью. В противном случае легко может возникнуть повторный шок. Если после введения глюкозы больной 15—30 минут не приходит в сознание, ему вводят повторно 30—40 мл 40% раствора глюкозы в вену, иногда делают подкожно инъекцию 1 мл 0,1% раствора адреналина.

Почти всем больным приходится менять белье, так как оно бывает мокрое от пота. В тех случаях, когда больному ввести внутривенно глюкозу не удастся (например, при плохо выраженных венах), через зонд вводят сахарный сироп.

Лечение шоковыми дозами инсулина проводится только в условиях стационара. Перед наступлением инсулинового шока у некоторых больных наблюдается подергивание отдельных мышц туловища, конечностей и лица, иногда развивается возбуждение; у некоторых возникает эпилептиформный припадок. В этих случаях больного необходимо срочно вывести из состояния гипогликемии.

Персонал постоянно должен помнить о том, что у больных, которых лечат инсулином, иногда во второй половине дня может развиваться повторный шок. В таких случаях надо немедленно поставить в известность врача и провести все мероприятия, которые применяют при выведении из шока.

Лечение аминазином. В психиатрической практике широко применяется аминазин. В ряде случаев применение его дает хорошие результаты. Аминазин назначают внутрь или вводят внутримышечно в виде 2,5% раствора. Суточная доза в среднем равняется 300 мг. Продолжительность лечения составляет примерно 2—3 месяца. За больными, получающими аминазин, необходимо тщательно следить, так как у некоторых наблюдается осложнение в виде резкого падения кровяного давления в момент перехода из горизонтального положения в вертикальное — ортостатический коллапс. При наступлении коллапса больного необходимо уложить в постель, сделать инъекцию кордиамина или адреналина. Особенно часто явления коллапса бывают в начале курса лечения. Поэтому больные, получающие аминазин, в первые сутки должны соблюдать строгий постельный режим; у них ежедневно нужно измерять кровяное давление. При лечении аминазином нередко образуются инфильтраты на месте уколов; наблюдаются иногда дерматит, желтуха. Сестра должна производить ежедневно тщательный осмотр больного, чтобы вовремя обнаружить эти осложнения.

В некоторых случаях во избежание обострения болезни больных после курсового лечения аминазином переводят на лечение так называемыми поддерживающими дозами; боль-

ной получает аминазин в таблетках от 25 до 150—200 мг в сутки. Для лечения шизофрении применяется также резерпин (серпазил), стелазин, галоперидол, этаперазин.

Лечение сульфозином. Сульфозин представляет собой 1—2% взвесь очищенной серы в персиковом масле.



Рис. 65. Кататонический ступор. Больная подолгу стоит в данной позе.



Рис. 66. Вычурная, неестественная поза больного кататонической формой шизофрении.

Сульфозин вводится внутримышечно (в ягодицу); обычно начинают с 1 мл. В дальнейшем, в зависимости от реакции больного останавливаются на этой дозе или увеличивают ее до 3—4 мл. Введение сульфозина проводится через 2 дня на третий. После инъекции сульфозина у больного через 10—12 часов повышается температура (до 39—40°), появляется болезненность в месте укола. Для уменьшения болезненности применяют грелки. Всего курс лечения включает 5—7 инъекций.

Уход. Больные шизофренией часто нуждаются в тщательном уходе и надзоре. Они нередко отказываются от пищи. В таких случаях больного пытаются уговорить, кормят из рук. Иногда приходится прибегать к зондовому кормлению.

Больной шизофренией
находится в постели
Подобное состояние
характерно для
кататонической формы

МАНИАКАЛЬНЫЕ

Маниакальные состояния встречаются в любом возрасте. Чем выше, тем чаще встречаются черты. В маниакальных состояниях эти приступы могут быть светлого промежутка, сменяясь приступами, идущими от нескольких дней до нескольких месяцев. Маниакальные приступы могут быть самой различной продолжительности, от 2 до 10 месяцев. Бывают приступы, которые длятся только несколько дней.

Во-вторых, приступы, наступающие в период восстановления после заболевания.

В-третьих, приступы, наступающие на фоне личности, не страдающей шизофренией.

Маниакальные приступы еще врачам известны в состоянии продолжительного маниакального приступа — проявления прошлого состояния — длительного маниакального приступа — различных измений в состоянии, в котором в маниакальном состоянии, что к состоянию маниакального приступа одной

Если больной шизофренией долго стоит в одной позе, его надо уложить в постель (рис. 65 и 66).

Подробнее об уходе см. раздел «Особенности ухода за психическими больными».

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ

Маниакально-депрессивный психоз чаще встречается в молодом возрасте. Процент заболевания среди женщин несколько выше, чем среди мужчин. Этот психоз имеет ряд отличительных черт. Во-первых, к их числу относится повторяемость маниакальных и депрессивных приступов. Протекать и повторяться эти приступы могут в различных вариантах: маниакальные приступы могут сменяться депрессивными без всякого светлого промежутка или между маниакальным и депрессивным приступом бывает светлый промежуток, продолжающийся от нескольких дней до нескольких лет. Продолжительность маниакальных и депрессивных приступов тоже может быть самой различной. Чаще всего приступ продолжается от 2 до 10 месяцев. Заболевание может начаться с депрессивного приступа. Бывает и так, что в клинической картине преобладают только маниакальные или только депрессивные приступы.

Во-вторых, отличительная черта заключается в том, что наступающий светлый промежуток характеризуется полным восстановлением психического здоровья. Больные обычно возвращаются на прежнюю работу и ведут себя так же, как и до заболевания.

В-третьих, следует отметить, что, как бы тяжело ни протекали приступы, как бы часто они ни повторялись, деградации личности никогда не развивается.

Маниакальные и депрессивные состояния были известны еще врачам Древней Греции и Рима. Но так как маниакальное состояние резко отличается от депрессивного, то на протяжении длительного времени считали, что эти приступы — проявления двух различных болезней. Лишь в конце прошлого столетия немецкий психиатр Э. Крепелин провел длительное наблюдение над больными, у которых отмечались маниакальные и депрессивные приступы. На основании тщательного изучения он пришел к выводу, что речь идет не о различных заболеваниях, а об одном, в клинической картине которого в разные периоды могут наблюдаться маниакальные и депрессивные приступы. Э. Крепелином создано учение о маниакально-депрессивном психозе. Названием подчеркивается, что к этому заболеванию относятся различные состояния как маниакальные, так и депрессивные, являющиеся выражением одной и той же болезни.

Маниакальное состояние. Когда у человека развивается маниакальное состояние, то, как принято говорить, все окружающее он начинает воспринимать «в розовом свете». У больных отмечается веселое настроение, повышенное стремление к деятельности. Они за все берутся, вмешиваются во все дела, составляют смелые проекты, стремятся их осуществить, добиваются приема у ответственных лиц. Если такой больной находится в отделении больницы, то пройти мимо него незамеченным становится невозможным: больной обязательно обратится с каким-либо вопросом или предложением. Нередко больные переоценивают свои возможности и способности; например, не имея никакого отношения к медицине, предлагают свои методы лечения. Иногда эта переоценка может доходить до бредовых высказываний. Так, одна больная по специальности юрист, успешно справлявшаяся со своей работой в светлые промежутки, во время маниакального приступа уверяла всех окружающих, что у нее прекрасный голос и ее несколько лет подряд дирекция Большого театра «на коленях умоляет» дать согласие выступать в роли Кармен.

Другая больная утверждала, что нет ни одного мужчины, который бы не был в нее влюблен. Повышенная сексуальность характерна для больных в маниакальном состоянии. Находясь вне больницы, они часто заводят случайные знакомства. Одна из больных, будучи в почтенном возрасте, ежедневно красила щеки и губы красным карандашом, в волосы вплетала красные ленточки, требовала, чтобы ей дали краску для волос. Когда в отделение пришел полотер и принес с собой в ведре разведенную мастику для пола, больная пыталась опустить голову в ведро с целью окрасить волосы. Больные в маниакальном состоянии много говорят, но понять их не всегда бывает возможно. Вследствие ускорения течения представлений речь иногда становится быстрой, что внешне может производить впечатление разорванности. Это объясняется тем, что больные начинают пропускать отдельные слова и фразы. Они сами нередко говорят, что у них язык не успевает высказывать всех мыслей. В связи с тем что больные много говорят, голос становится хриплым. Шумливость и назойливость лиц в маниакальном состоянии тяготят и раздражают находящихся с ними более спокойных больных.

У больных наблюдается повышенная отвлекаемость. Ни одного дела они не доводят до конца; спят очень мало, иногда 2—3 часа в сутки, и совершенно не чувствуют усталости (рис. 67). Настроение у больных в маниакальном состоянии бывает веселое, но иногда, особенно в случаях невыполнения их просьбы, оно может быть гневливое, они вступают в конфликт, могут быть агрессивными.

Депрессивном состоянии испытывают чувства не могут они обычно сидят замедленно. С началом близким и «Вижу, что

Приводим в виде примера следующую историю болезни.

Больной Б., 72 лет. Родился третьим ребенком в семье; в детстве рос и развивался правильно, в школе начал учиться с 7 лет; отличался хорошими способностями, успешно окончил реальное училище и институт. Работал на административно-хозяйственных должностях. С 1945 г. не работает. Впервые заболевание началось в молодом возрасте.

Без видимой причины стали периодически возникать приступы подавленного настроения, которые продолжались по нескольку недель. В дальнейшем приступы тоски сменялись совершенно иным состоянием: больной становился без причины чрезмерно весел, подвижен, очень словоохотлив, суетлив и навязчив. В этот период, по его словам, испытывал чрезвычайно приятное состояние: «Все казалось ярким, красочным и красивым, все лица, все люди казались милыми и симпатичными: во всем теле было ощущение легкости и бодрости, хотелось двигаться, работать, абсолютно отсутствовало чувство усталости». Промежутки между приступами были иногда по нескольку лет. В эти периоды вне приступа больной продолжал работать. Впервые был стационарирован в психиатрическую больницу в 1931 г., а в последующем стационарировался много раз.

В период последнего поступления больной очень быстро познакомился со всеми больными отделения, сразу же стал вмешиваться во все дела персонала, давал свои советы и указания по уходу за больными, а врачам предлагал свои услуги в лечении больных по его системе. В отделении был суетлив и навязчив, его голос ни на минуту не умолкал, больной постоянно с кем-нибудь беседовал, спорил, давал советы. Очень охотно вступал в беседу с врачами отделения. На лице постоянная благодушная улыбка. Иногда бывал вспыльчив и раздражителен, но быстро успокаивался и опять начинал весело смеяться; склонен к переоценке своих возможностей и способностей.



Рис. 67. Больная в маниакальном состоянии.

Депрессивное состояние. Больные в депрессивном состоянии все воспринимают в мрачных тонах, постоянно испытывают чувство тоски, и никакие внешние обстоятельства не меняют их психического облика (рис. 68). Говорят они обычно тихим голосом, медленно, большую часть времени сидят, опустив голову. Движения больных резко замедлены. Заторможенность может достигать такой степени, что приходится говорить о депрессивном ступоре.

С началом депрессии у больной с горечью говорила: близким и родным. Так, одна больная с горечью говорила: «Вижу, что это мои дети, а чувств к ним никаких нет». Это

называется болезненной бесчувственностью (*anaesthesia psychica dolorosa*). Надо отметить, что если у больных в депрессивном состоянии меняется отношение к близким, то это их всегда волнует, чего не бывает у больных шизофренией с эмоциональной тупостью. В депрессивном состоянии у больных могут быть бредовые высказывания, чаще бред самообвинения. Они пересматривают свою прошлую деятельность и



Рис. 68. Депрессивное состояние.

часто утверждают, что все их поступки были лишь обманом, который всем приносил непоправимый вред; иногда уверяют, что они не больные, а просто непригодные люди, симулянты и т. п. Здороваясь с врачом, не подают руки, так как считают себя недостойными этого. В связи с такими мыслями больные иногда приходят к заключению, что им не стоит жить, отказываются от пищи. Это обстоятельство заставляет решать вопрос о немедленном помещении таких больных в условия стационара. Родственники неправильно оценивают состояние больного и иногда просят не помещать его в больницу. В этих случаях им необходимо объяснить всю опасность

подобного отношения, так как в домашних условиях больным легче осуществить попытку самоубийства. Попытки к самоубийству возможны и в больничных условиях, поэтому такие больные нуждаются в тщательном надзоре.

На высоте депрессии попытки к самоубийству наблюдаются не так часто, так как больным трудно бывает в силу резко выраженной заторможенности претворить свои мысли в действие. Опасность самоубийства возрастает при выходе из депрессивного состояния, так как в это время заторможенность уменьшается, а тоскливый фон настроения еще остается.

Иногда на высоте депрессии у больных наблюдаются состояния, во время которых они внезапно начинают двигаться, рвут на себе одежду, волосы, наносят себе повреждения. Такое состояние называется взрывом тоски (*garpus melancholicus*). О возможности возникновения подобных состояний необходимо постоянно помнить.

Приводим пример депрессивного состояния.

Больная М., 38 лет, не работает. Психически больных в роду не было, развивалась правильно. С юных лет страдает колебаниями настроения. Больной себя считает около 3 лет, когда без видимой причины появилось плохое настроение, мысли о безнадежности своего состояния, отказывалась идти к врачу, не выходила из дома. Несколько раз пыталась кончить жизнь самоубийством. За последние 2 года значительно похудела.

Физическое состояние. Учащение пульса до 96 ударов в минуту, запор.

Психическое состояние. Правильно ориентирована в месте, времени и окружающей обстановке. Говорит тихим голосом, голова низко опущена, выражение лица скорбное. Внимание больной приковано к мысли о том, что она никогда не поправится, что состояние ее безнадежно, что она всем надоела и всех тяготит. Единственный выход из создавшегося положения видит в своей смерти. Считает себя виноватой перед сестрой, у которой отнимает время, заставляет ее волноваться и заботиться. Тосклива, движения замедленные, на вопросы отвечает односложно.

В тех случаях, когда маниакально-депрессивный психоз протекает в легкой форме, без выраженных маниакальных и депрессивных фаз, говорят о циклотимии. Следовательно, циклотимия есть не самостоятельное заболевание, а как бы смягченная форма маниакально-депрессивного психоза. При таком проявлении заболевания больные иногда лечатся в диспансере.

Маниакально-депрессивный психоз в некоторых случаях обозначают как циркулярный психоз, когда у больного последовательно наблюдаются обе фазы. Например, заболевание начинается с маниакальной фазы, по окончании которой наступает депрессивная фаза и лишь после этого наблюдается светлый период. При наиболее тяжелых формах циркулярного психоза одна фаза следует за другой без светлых промежутков. Помимо депрессивных или маниакальных состояний, существуют еще так называемые смешанные состояния, когда одновременно отмечаются симптомы, характерные и для депрессивной, и для маниакальной фазы. Например, больной тосклив, высказывает идеи самообвинения и вместе с тем не заторможен, а возбужден. Такие больные очень опасны в смысле самоубийства. Это так называемая ажитированная меланхолия. Может быть и наоборот: у больного радостное, веселое настроение и в то же время он заторможен, как это бывает при депрессивных состояниях. В таких случаях говорят о маниакальном ступоре. Эти состояния являются одним из доказательств того, что маниакальная и депрессивная фазы — выражение одной и той же болезни.

Соматические нарушения и патофизиологические основы маниакально-депрессивного психоза. Различные авторы давно указывали на наличие отдельных симптомов со стороны вегетативной нервной системы при этом заболевании. Но систематическое

изучение вегетативной нервной системы было проведено В. П. Протопоповым. Он установил ряд симптомов, которые с большим постоянством обнаруживаются как при маниакальной, так и при депрессивной фазе. К этим симптомам относятся следующие: расширение зрачков, учащение пульса, запор. С началом заболевания больные начинают значительно терять в весе. У женщин часто на протяжении всего болезненного приступа наблюдается задержка менструаций. Указанные расстройства в основном обусловлены одной и той же причиной: преобладающим влиянием симпатического отдела вегетативной нервной системы.

В. П. Протопопов все эти симптомы объединил под названием «соматический синдром маниакально-депрессивного психоза». Перед окончанием приступа указанный синдром начинает распадаться. В первую очередь прекращается падение веса и начинается его увеличение. Затем нормализуется частота пульса, улучшается работа кишечника. Дольше держится расширение зрачков.

Наличие этого синдрома в той и в другой фазе подтверждает родство маниакального и депрессивного состояний. При маниакально-депрессивном психозе с большим постоянством отмечается повышение кровяного давления, что надо рассматривать как функциональное состояние, вызванное преобладающим влиянием симпатической нервной системы.

В. П. Протопопов выдвинул гипотезу, что при маниакально-депрессивном психозе в подкорковой области (гипоталамическая область) возникает очаг застойного возбуждения и, следовательно, все рефлексы, идущие через подкорковую область, усиливаются. В его работах было показано, что при маниакальном и депрессивном состояниях отмечается повышенная чувствительность к таким раздражителям, как электрический ток, тепло и холод. Больные обычно испытывают неприятное чувство во всем теле. Известно, что гипоталамическая область тесно связана с регулированием соматических и обменных процессов. Повышенное возбуждение этой области при маниакальном и депрессивном состояниях, естественно, способствует повышению обмена веществ, что приводит к трате энергетических ресурсов. Вес больных за время болезни может падать на 10—15 кг и больше.

При маниакально-депрессивном психозе больше всего изменяется углеводный обмен. Изменения эти выражаются в том, что у больных увеличивается количество сахара в крови и в то же время повышается его использование. Содержание молочной кислоты стоит на низком уровне, так как она быстро удаляется из крови. Этим и объясняется то, что больные при маниакальном состоянии никогда не испытывают чувства мышечного утомления. Повышение жирового

обмена обуславливается истощением запасов углеводов. Если удастся обеспечить достаточный уровень углеводов, нарушений со стороны жирового обмена не выявляется. Белковый обмен меняется незначительно.

При изучении в маниакальном и депрессивном состояниях условных рефлексов было установлено, что образовать их удается сравнительно легко. Но при угашении их или образовании дифференцировок возникают большие затруднения. Это объясняется слабостью активного торможения. При маниакальном состоянии в коре преобладают процессы возбуждения; при депрессивном состоянии, хотя кора и заторможена, это торможение носит пассивный характер.

Этиология. Рядом ученых установлено, что начало приступов связано с нарушением обмена. В силу каких причин нарушается обмен, до настоящего времени остается неясным.

Лечение. Как в маниакальном, так и в депрессивном состоянии большую пользу оказывают длительные теплые ванны (36—37°). Продолжительность их может достигать нескольких часов, но необходимо тщательно следить за состоянием сердечной деятельности больных.

Теплые ванны понижают обмен и действуют успокаивающим образом. Из медикаментозных средств иногда назначают небольшие дозы инсулина (5—10 единиц). Одновременно следует давать больным в больших количествах сладкий чай, конфеты. Рекомендуются пища, содержащая большое количество углеводов, что способствует накоплению гликогена в печени. При маниакальном состоянии в случае возбуждения назначают препараты брома, барбитал 0,2—0,3 г. Целесообразно применение аминазина в виде внутримышечных инъекций или внутрь.

При депрессии хороший эффект оказывают подкожные вдувания кислорода по 300—600 см³. Больным с выраженной депрессией назначают опий. При этом даже длительное применение опия не вызывает привыкания к нему. Так как опий усиливает запор, то его назначают в сочетании с ревенем. Для лечения депрессивных состояний применяют ипразид (марсил), имизин (тофранил), мелипрамин.

Как при маниакальных, так и при депрессивных приступах широко применяется аминазин (до 200 мг в сутки внутрь или внутримышечно). При маниакальном состоянии наступает успокоение, в случаях депрессии уменьшается чувство тоски. Есть основания полагать, что аминазин укорачивает продолжительность приступов.

В настоящее время перед психиатрами стоит большая задача: научиться предупреждать приступы маниакально-депрессивного психоза. Последние работы В. П. Протопопова намекают такую возможность. Им было установлено, что об-

менные нарушения имеются у больных маниакально-депрессивным психозом не только в период приступов, но и в светлые промежутки. Воздействуя на обмен в этот период, иногда удается значительно отодвинуть наступление приступа.

Уход. Больные в депрессивном состоянии должны быть под постоянным, неослабевающим надзором. Мягкое и ласковое обращение с ними облегчает их тоскливое состояние и иногда удерживает от попыток к самоубийству. Необходимо следить за питанием больных. В случае отказа от еды надо уговорить больного, убедить его в том, что правильное выполнение режима способствует выздоровлению. Иногда больных приходится кормить из рук. Лишь в самых крайних случаях прибегают к искусственному кормлению.

НЕВРОЗЫ

Неврозы — это функциональные заболевания центральной нервной системы. Их возникновение обычно связано с острыми или длительными психическими переживаниями, предъявляющими чрезмерные требования к основным нервным процессам (к силе и подвижности возбуждения и торможения в коре), что приводит к их перенапряжению и срыву высшей нервной деятельности. Развитию неврозов способствуют также и соматические заболевания.

Выделяют следующие основные неврозы: неврастению, психастению, истерию и невроз навязчивых состояний. Некоторые неврозы были получены экспериментально на животных (опыты М. К. Петровой). И. П. Павлов указывал, что у человека, помимо первой сигнальной системы, имеющейся и у животных, есть вторая сигнальная система, поэтому он выделял чисто человеческие неврозы — психастению и истерию. При этих неврозах особенно выступают нарушения деятельности второй сигнальной системы и ее взаимодействия с первой.

Выше мы указывали, что И. П. Павлов всех людей на основании соотношения сигнальных систем делил на три типа: мыслительный, художественный и средний. Клинические наблюдения показывают, что если эти люди с различными типами высшей нервной деятельности попадают в трудные условия (условия, которые приводят к срыву высшей нервной деятельности), то у каждого из них может возникнуть тот или иной невроз. У лиц со средним типом, без преобладания той или иной сигнальной системы, чаще развивается неврастения; у лиц художественного типа — истерия; у мыслительного — психастения. Навязчивые состояния легче появляются у людей мыслительного типа, но могут возникнуть и у других.

С точки зрения общих типов высшей нервной деятельности, которые можно выделить у человека и животных, неврозы

легче всего развиваются у людей с крайним (слабым неуравновешенным) типом высшей нервной деятельности. Но при определенных обстоятельствах невроз может развиваться у людей с сильным уравновешенным типом высшей нервной деятельности.

Следует иметь в виду, что такие синдромы, как неврастенический, истерический, навязчивых состояний, могут возникать при ряде других заболеваний (внутренние болезни, сосудистые поражения головного мозга и многие другие). В таких случаях прежде всего следует лечить основное заболевание.

НЕВРАСТЕНИЯ

Значительное место в клинической картине неврастении занимает «раздражительная слабость». У больных наблюдаются повышенная возбудимость и повышенная утомляемость. Такие больные вскоре после начала работы испытывают потребность в отдыхе. Им трудно сдерживать свои эмоциональные проявления: они могут бурно реагировать на незначительное замечание, быть резкими в высказываниях, но очень скоро успокаиваются. Для них особенно трудны выдержка и ожидание. Так, например, больной просил не заставлять его ждать даже 1—2 минуты перед физиотерапевтическим кабинетом, где он получал соответствующие процедуры.

С большим постоянством у всех больных этой группы наблюдается расстройство сна. Сон становится поверхностным, больные долго не могут заснуть с вечера или слишком рано просыпаются утром и больше не засыпают. Среди ночи сон настолько неглубок, что больные нередко слышат происходящее вокруг. Часты сновидения неприятного содержания. По утрам больные не испытывают чувства бодрости, как это бывает у здоровых людей. Днем наблюдаются сонливость, пониженное самочувствие. Больные жалуются, что не могут справиться с прежней работой, временами испытывают неприятные ощущения в различных частях тела. Некоторые считают, что у них ухудшилась память. В действительности же речь идет не о снижении памяти, а о нарушении внимания. Все происходящее вокруг легко отвлекает.

Появляется повышенная чувствительность к болевым раздражителям. В связи с этим больные нередко отказываются от инъекций, просят не брать у них для исследования кровь. Выходильные рефлексы повышены. Имеются нарушения со стороны половой сферы, чаще в виде преждевременной эякуляции.

Патологические основы неврастения. Сущность неврастения была раскрыта благодаря иссле-

дованиям школы И. П. Павлова. Неврастенические симптомы обусловлены ослаблением процессов внутреннего торможения и возбуждения в коре головного мозга.

Надо иметь в виду, что торможение умеряет возбуждение. Клетки восстанавливают свои энергетические ресурсы только тогда, когда они находятся в состоянии торможения. В основе сна лежит внутреннее торможение. Так как при неврастении нарушается (ослабевает) внутреннее торможение, то понятно, почему сон при неврастении приобретает поверхностный характер. Это в свою очередь приводит к тому, что работоспособность нервных клеток полностью не восстанавливается, отсюда у больных во время работы очень скоро появляется чувство усталости.

Нарушение внимания объясняется ослаблением процессов торможения. Когда человек приступает к выполнению какого-либо дела, в коре головного мозга возникает очаг возбуждения, вокруг которого развивается торможение. Если очаг возбуждения слабый, то и отрицательная индукция вокруг него бывает недостаточной. Это приводит к тому, что сохраняются условия для возникновения новых очагов возбуждения. Поэтому каждый незначительный шум начинает отвлекать больного от основного занятия.

Этиология. Причиной неврастения чаще всего является напряженная работа при отсутствии отдыха, длительное, неприятного характера эмоциональное напряжение, недостаточный сон. В СССР заболевание неврастением встречается редко.

Лечение. Прежде всего больному необходимо предоставить отдых. Следует рекомендовать строго следить за правильным режимом работы. Из медикаментозных средств целесообразно применять соли брома. Бром усиливает процессы торможения, что способствует восстановлению работоспособности нервных клеток, налаживает сон.

ИСТЕРИЯ

Это заболевание получило название от греческого слова «hystera», что в переводе на русский язык означает «матка». Врачи Древней Греции считали, что эта болезнь зависит от блуждания матки по организму. Подлинно научное понимание истерии стало возможно только благодаря работам И. П. Павлова.

Клиника истерии весьма разнообразна и ее проявления иногда настолько напоминают симптомы других болезней, что истерию называют «великой подражательницей». Главнейшие симптомы истерии делят на четыре группы: истерический припадок, расстройство сознания при истерии, соматические расстройства и особенности характера.

Истерический припадок. Начало истерического припадка чаще находится в зависимости от каких-либо внешних условий, особенно если они связаны с моментами, травмирующими психику больного, или если настоящая ситуация чем-то напоминает неприятные переживания прошлого. При истерическом припадке установить какую-либо последовательность в движениях больных не представляется возможным. Это связано с тем, что характер движений отражает часто содержание переживаний, которые имеются у данного больного. Сознание при этом никогда не бывает полностью затемнено, можно говорить лишь о сужении поля сознания. Поэтому реакция больных на внешнюю обстановку до известной степени сохраняется.

Продолжительность истерического припадка может быть от нескольких минут до нескольких часов. Припадок всегда бывает более продолжительным, если вокруг больного находятся люди. Истерические припадки, как правило, чаще отмечаются днем и значительно реже ночью. Больные не получают таких тяжелых повреждений, как это бывает при эпилептическом припадке (дифференциальную диагностику истерического и эпилептического припадков см. в разделе «Эпилепсия»). При истерическом припадке реакция зрачков на свет сохраняется, вызываются и остальные рефлексy. У одной больной развился истерический припадок после того, как на ее глазах утонул ребенок, за которым она ухаживала в качестве няни. Во время припадка у нее наблюдалось сужение поля сознания, она каталась по земле, делала руками движения, которые указывали, что она пытается кого-то схватить и удержать. Припадок продолжался около часа. В дальнейшем припадки возникали каждый раз, как только разговор заходил о детях или об уходе за ними.

Расстройство сознания при истерии. Для истерии типично сумеречное состояние сознания. В это время больные воспринимают окружающую обстановку под определенным углом зрения. Все, что происходит вокруг, больными оценивается не так, как это есть на самом деле, а в связи с представлениями о прежних переживаниях. Если больной представляет, что он находится в театре, то всех окружающих людей принимает за зрителей или актеров, все окружающие предметы — за те, с которыми обычно приходится встречаться в театре. Продолжительность этого состояния может исчисляться минутами или многими часами.

К истерическим расстройствам сознания относится состояние **пугэрилизма**. Больному кажется, что он маленький ребенок: взрослый человек начинает играть в куклы или прыгать верхом на палочке. В манере разговаривать, в поведении больные подражают маленьким детям. Например, больная

50 лет во время обхода врача просила, чтобы он ее взял «на ручки».

В эту же группу расстройств сознания входит картина псевдодеменции (ложного слабоумия). Такие больные на самые простые вопросы дают нелепые ответы. При этом чем проще вопрос, тем чаще можно получить нелепый ответ. Выражение лица как бы нарочито глупое: больные таращат глаза, усиленно морщат лоб. Если при пуэрилизме больной представляет себя ребенком, то при псевдодеменции — психически больным.

Расстройства сознания типа пуэрилизма и псевдодеменции длятся неделями, месяцами. Эти состояния нередко можно наблюдать в условиях судебной ситуации.

Итак, при истерических расстройствах сознания наблюдается суженность его поля вокруг определенных представлений.

Соматические расстройства. В области соматической сферы встречаются различные нарушения истерического происхождения. Характер этих расстройств связан с представлениями больных: как больной представляет себе то или иное соматическое или нервное заболевание, таковы будут и его проявления.

При истерии часто встречаются двигательные и чувствительные расстройства. Из двигательных нарушений наблюдаются парезы и параличи (моноплегия, параплегия, гемиплегия), гиперкинезы. При истерическом параличе тонус мышц без изменений, сухожильные рефлексы не нарушены, отсутствуют патологические рефлексы, нет атрофий. Иными словами, в клинической картине паралича нет признаков органического поражения центральной или периферической нервной системы. Своеобразным двигательным расстройством при истерии является так называемая астазия — абазия, сущность которой сводится к тому, что больной не может стоять и ходить при сохранности всех движений и координации в ногах во время обследования его в постели. Гиперкинезы при истерии носят разнообразный характер: дрожание рук, ног, всего тела.

Для расстройства чувствительности (чаще анестезия) характерным является то, что границы распространения нарушения чувствительности не связаны с анатомическим расположением чувствительных проводников. Например, при истерической гемианестезии граница расстройства чувствительности проходит строго по средней линии, при анестезии в руках чувствительность нарушается по типу «перчаток», в ногах — по типу «носков», «чулок».

Кроме того, наблюдаются истерические расстройства речи: мутизм (немота), заикание, афония (беззвучность голоса)

или глухонмота (сурдомутизм). Нередко при истерии встречаются расстройства желудочно-кишечного тракта: рвота, парез кишечника, икота. Бывает истерическая слепота (амавроз), блефароспазм.

Истерический склад характера. Отмечается повышенная эмоциональность. Поведение больных находится в тесной зависимости от их эмоциональной сферы. Эмоции у них оказывают значительное влияние на течение представлений.

К особенностям характера относится их склонность к фантазированию, ко лжи. Когда они рассказывают несуществующие истории, то иногда настолько увлекаются, что сами начинают верить в их правдоподобность. Любыми средствами эти больные стремятся быть в центре внимания. Одна больная, возвратясь после отпуска на работу, заявила, что ей пришлось пережить большое несчастье: бандиты перерезали ночью всех ее ближайших родственников. При проверке было установлено, что ее заявление не соответствует действительности.

У больных отмечается повышенная любовь к ярким цветам. Многие из них предпочитают наряжаться в такие туалеты, которые обращают внимание окружающих.

Патофизиологические основы истерии. По И. П. Павлову, у лиц, страдающих истерией, наблюдается слабость коры с преимущественной слабостью второй сигнальной системы, что приводит к расторможенности подкорки и первой сигнальной системы. Этим объясняется многое в клинике истерии. У человека в подкорковой области находится центральная часть дуги безусловных рефлексов, многие из которых представляют собой инстинкты, выработанные на протяжении ряда поколений; их проявление может подавляться корой. У человека же со слабой корой эти инстинкты в трудных жизненных ситуациях могут проявиться в виде пассивной оборонительной реакции, которая в одних случаях выражается двигательным возбуждением в форме истерического судорожного припадка, а в других — двигательной заторможенностью, истерическим ступором. Истерические припадки могут возникать под влиянием непосредственных раздражителей (психотравмирующая ситуация), а также под влиянием моментов, напоминающих эту же обстановку. В последних случаях припадки возникают по механизму условного рефлекса.

При истерии вследствие слабости нервных процессов в коре очень выражено внешнее торможение. Поэтому в тех случаях, когда сознанием больного овладевает ряд представлений, легко наступает общее торможение (распространенная отрицательная индукция), что и приводит к расстройству сознания.

Различные соматические нарушения, наблюдаемые при истерии, объясняются легко возникающим торможением корковых клеток. Нервные клетки под влиянием представлений и определенной силы внешних раздражителей могут стойко затормаживаться в различных анализаторах коры. В результате этого возникают параличи, глухота, слепота.

Характер при истерии имеет много общих черт с характером в детском возрасте. У детей кора еще недостаточно развита, и в их поведении большую роль играет подкорковая область. При истерии вследствие слабости коры подкорковая область высвобождается из-под ее влияния с большей легкостью, поэтому при истерии наблюдается повышенная эмоциональность. Эмоции оказывают определенное влияние и на течение представлений. Отсюда эмоциональная логика, т. е. при выборе того или иного решения, делая какое-либо умозаключение, больной руководствуется не разумом, а чувством.

Этиология. Истерией заболевают в равной степени как мужчины, так и женщины. Заболевание легче всего возникает у людей со слабой нервной системой; обычно причиной развития болезни является психотравматизирующая ситуация. Однако истерия может развиваться не только у людей со слабой нервной системой. Различные причины могут вызвать слабость коры и особенно второй сигнальной системы даже при их достаточной силе.

Лечение. Принимают меры к устранению имеющихся симптомов. Для этой цели используют психотерапию, физиотерапевтические процедуры, общеукрепляющее лечение. Больные истерией, как и все больные, нуждаются в чутком и внимательном отношении. Однако надо помнить, что больных истерией нецелесообразно ставить в такие условия, когда они от своей болезни получают выгоды.

ПСИХАСТЕНИЯ

Психастения обычно развивается у лиц мыслительного типа, т. е. у лиц с преобладанием второй сигнальной системы над первой. Основными клиническими проявлениями являются тревожно-мнительные черты характера, чувство собственной малоценности и навязчивые состояния. Больные психастенией живут в мире постоянных сомнений. Сомнения эти усиливаются с возрастанием сложности жизненной задачи. Нередко простой вопрос, который необходимо решить, подвергается длительному мысленному обсуждению. Больной психастенией часами может раздумывать над ним, бездействуя и не решая его. Иногда такие больные, приняв решение, стремятся скорее привести его в исполнение, чтобы избавиться от мучительных сомнений.

Больные психастенией не уверены в себе, недооценивают свои возможности и способности. Каждая жизненная трудность вызывает у них панический страх и мысли, что они ничего не могут, не умеют, не сделают, забудут. Каждую выполняемую работу больные проверяют по нескольку раз, так как сомневаются, что сделали ее правильно. Один больной, работавший провизором, несколько раз проверял приготовленные им лекарства и, отпустив их больному, продолжал сомневаться. Работа провизора настолько была для него мучительна, что ему пришлось ее оставить и стать землекопом. Но и здесь нашлись поводы для сомнений. Закопав какую-нибудь трубу, больной начинал сомневаться, не повредил ли он ее, раскапывал ее снова и так проделывал много раз.

Психастенические черты усиливаются при ослаблении нервной системы. Часто тревожно-мнительная настроенность бывает в отношении своего здоровья. Тогда больные постоянно сосредоточивают внимание на своих ощущениях, обращаются к врачам, слушают каждое их слово, пытаются уловить какой-то скрытый смысл. Сложные, опасные ситуации (пребывание на фронте, под обстрелом и т. д.) могут на какое-то время освобождать больного психастенией от его тревожно-мнительных черт характера и навязчивых состояний.

Патологические основы психастении. В основе психастении лежит нарушение взаимоотношений между первой и второй сигнальной системой. Преобладающей оказывается вторая сигнальная система. Этим, а также, как указывает Е. А. Попов, нарушением индукционных отношений (возникающий очаг возбуждения не вызывает стойкого индукционного торможения) объясняется склонность больных психастенией к рассуждениям и сомнениям. Нарушается и корково-подкорковое взаимодействие.

Лечение. Строгий режим труда и отдыха. В случаях декомпенсации: психотерапия, общеукрепляющее лечение. О лечении навязчивостей см. Невроз навязчивых состояний.

НЕВРОЗ НАВЯЗЧИВЫХ СОСТОЯНИЙ

Навязчивые состояния могут возникнуть у лиц, не имеющих психастенического склада характера; чаще они возникают остро. Из одних навязчивых состояний может складываться целая клиническая картина. В таких случаях говорят о неврозе навязчивых состояний. Виды навязчивости могут быть самые разнообразные (см. раздел «Навязчивые состояния» и в разделе «Общая часть»).

Больные обычно долго скрывают от окружающих свои навязчивые переживания и у них сохраняется трудоспособность. Но нередко они становятся резко выраженными и боль-

ные обращаются за помощью. Навязчивые состояния усиливаются к вечеру, при утомлении.

Патологическая основа навязчивых состояний. Как уже указывалось, навязчивые состояния обуславливаются инертным очагом возбуждения или ультрапарадоксальной фазой.

Этиология. Навязчивые состояния возникают в результате перенапряжения нервных процессов под влиянием трудных жизненных ситуаций (психическая травма). Способствующими моментами являются соматические заболевания.

Лечение. С лечебной целью используют соли брома, андаксин, либриум, аминазин, резерпин, кофеин. Больные почти всегда испытывают определенное облегчение после проведения психотерапевтической беседы.

РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ

К реактивным состояниям относят обычно временные психические расстройства, возникающие в результате психической травмы. Поэтому такие состояния называют еще психогенными. Возникновение реактивных состояний зависит от многих условий и причин. В первую очередь приходится иметь в виду тип нервной системы. У человека со слабым типом нервной системы легче наступают расстройства психической деятельности. Большое значение имеют перенесенные инфекционные заболевания и другие вредности, ослабляющие центральную нервную систему. Реактивные состояния легко развиваются во время беременности и в послеродовом периоде. Имеется определенная склонность к развитию реактивных состояний в инволюционном периоде. Возникновение заболевания зависит также от характера психической травмы, ее силы, продолжительности.

Клиническая картина, возникающая в результате психической травмы, бывает разнообразной. Чаще наблюдаются реактивный ступор, депрессия, реактивные параноиды и истерогении. В Советском Союзе изучением реактивных состояний занимается Н. И. Фелинская.

РЕАКТИВНЫЙ СТУПОР

При этом состоянии у больных отмечается полная неподвижность, которая иногда может сменяться возбуждением. Весьма характерным является состояние эмоциональной сферы: в этих случаях независимо от того, находится ли больной в состоянии заторможенности или возбуждения, он не обнаруживает полного безразличия к тому, что происходит вокруг. После окончания этого состояния у больных наблюдается ам-

незния. Реактивный ступор чаще развивается после внезапных катастроф (землетрясение, наводнение), тяжелых психических травм (например, судебная ситуация).

РЕАКТИВНАЯ ДЕПРЕССИЯ

В клинической картине преобладает депрессивный фон настроения. Высказывания больных постоянно связаны с той психотравмирующей ситуацией, которая вызвала это состояние. Одной из причин развития реактивной депрессии является гибель близких, родных. В этих случаях даже радостные события углубляют состояние тоски. Больные очень охотно беседуют на волнующую их тему, ищут сочувствия. Сон, как правило, бывает нарушен. Если имеются сновидения, то их содержание связано с обстоятельствами психической травмы. И в галлюцинаторных переживаниях больных основное место занимает та же самая тема. Приведем пример. Больная во время войны получила извещение о гибели мужа. Это совпало с периодом кормления грудного ребенка. У больной сразу же пропало молоко. Появились мысли о самоубийстве. Нарушился сон. Постоянно испытывала чувство тоски, что-то давило, сжимало сердце. Через 2 недели после получения извещения услышала стук в окно. Когда подняла занавеску, то увидела, что перед окном стоит муж. Это было зимой. Больная в одном платье выбежала на улицу, но у окна никого не оказалось. Стала бегать вокруг дома, звать мужа. Родственниками была уведена домой. Те же зрительные и слуховые галлюцинации начали повторяться почти каждый день. Так продолжалось около 2 месяцев. Затем состояние больной стало улучшаться, через некоторое время она могла вернуться на работу.

При реактивной депрессии стойкой заторможенности у больных обычно не наблюдается: если она и бывает, то носит кратковременный характер.

РЕАКТИВНЫЙ ПАРАНОИД

У больных в связи со сложившейся травмирующей обстановкой могут развиваться различные виды бреда. Чаще наблюдается бред преследования. Больные уверяют, что за ними следят, хотят им сделать что-то плохое. Этот бред от бреда преследования при шизофрении отличается тем, что он не выходит за определенные рамки: его содержание тесно связано с имевшей место конфликтной ситуацией. Лица, которые, по заявлению больного его преследуют, оказываются людьми, принимавшими участие в конфликте. Эмоциональность больных чаще бывает несколько повышенной.

ИАТРОГЕНИИ

Иатрогении — болезненные состояния, которые возникают в результате неправильного поведения медицинского работника в отношении больного. Беседуя с больным, надо всегда очень осторожно высказываться относительно его здоровья. Не рекомендуется употреблять специальные термины, которые больной может истолковать по-своему. Мы наблюдали одну больную, болезненное состояние которой развилось после неосторожного высказывания медицинского работника санатория. У нее отмечалась некоторая недостаточность со стороны деятельности сердца. Получив отпуск, она поехала в санаторий. При санатории был парк, в котором больная предпочитала проводить значительную часть времени. Так продолжалось в течение 3 дней. Через 3 дня во время беседы врач санатория сказал ей, что в связи с ее болезнью сердца она может без отдыха проходить только от скамейки к скамейке. В этот же день больная, пройдя несколько десятков шагов, почувствовала боль в области сердца и вынуждена была сесть, а затем совершенно уже не могла ходить. Она поправилась только после того, как прошла курс лечения в психиатрической клинике.

Надо постоянно помнить о том, что многие больные очень внимательно прислушиваются к высказываниям медицинских работников относительно их диагноза, прогноза болезни и из услышанного делают для себя определенные, часто неправильные, травмирующие их психику выводы.

Лечение. При лечении реактивных состояний в первую очередь необходимо, если это возможно, устранить те травмирующие психику моменты, которые вызвали заболевание. В некоторых случаях целесообразно поместить больного в условия стационара. Если состояние больного не представляет опасности ни для него, ни для окружающих, то иногда имеет смысл рекомендовать ему изменить на некоторое время место жительства. Во всех случаях, когда позволяет состояние больного, должно быть предложено какое-либо занятие, способное отвлечь его внимание. При реактивных состояниях всегда полезно применение общеукрепляющей терапии. С успехом используется психотерапия. Из медикаментозных средств назначают андаксин, либриум, аминазин, нозинан, трансамин и др.

НЕКОТОРЫЕ ПРИНЦИПЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Под словом «психотерапия» подразумевается комплекс лечебных мероприятий. Сюда входят окружающая больничная обстановка и отношение к больному медицинского персонала, а также специальные методы лечения, к которым отно-

ется беседы
ском сне.

Просторны
ебном учрежд
мических ра
творно дейст
пени способст

Из специа
имеет внушен
вил, что гипн
которого слов
Это может б
ловеку, наход
лать словесно
лезненных пр
большое целе
ределенных ф
а также для
мом и курени

Помимо п
успехом прим
снятия родов
ного зуда —
гипноз и в т
ческой болез
болеваний.

Эта груп
хического не
русский язык

У больны
ния, почти
В зависимо
больных ол
лов (рис. 69
так как чет
ести не во
это де бил
самая тяжк
быть больн
своему пси
больных с
группы, ко
ближаются
дут далеко

сятся беседы врача с больным и внушение в гипнотическом сне.

Просторные светлые палаты, чистота, уют и тишина в лечебном учреждении, заботливое, внимательное отношение медицинских работников, от врача до няни включительно, благотворно действуют на психику больного и в значительной степени способствуют выздоровлению.

Из специальных методов психотерапии большое значение имеет внушение в гипнотическом сне. И. П. Павлов установил, что гипноз представляет собой частичный сон, в течение которого слово как раздражитель приобретает большую силу. Это может быть использовано для лечебных целей. Если человеку, находящемуся в состоянии гипнотического сна, сделать словесное внушение, направленное против некоторых болезненных проявлений, то такое внушение может оказать большое целебное влияние. Этим пользуются для лечения определенных форм неврозов, в частности истерических реакций, а также для борьбы с наркоманиями, чаще всего с алкоголизмом и курением.

Помимо психиатрической и нервной клиник, внушение с успехом применяется и в других клиниках: в акушерской для снятия родовых болей, в кожной при некоторых формах кожного зуда — так называемых нейродермитах. Применяется гипноз и в терапевтических клиниках при лечении гипертонической болезни в ранних ее стадиях и некоторых других заболеваний.

ОЛИГОФРЕНИЯ

Эта группа заболеваний включает различные степени психического недоразвития. Слово «олигофрения» в переводе на русский язык означает «малоумие».

У больных олигофренией, помимо психического отставания, почти всегда можно отметить физическое недоразвитие. В зависимости от степени психического недоразвития всех больных олигофренией принято делить на дебилов, имбецилов (рис. 69) и идиотов. Такое деление является условным, так как четкую границу между отдельными группами провести не всегда удается. Самая легкая степень малоумия — это дебильность, средняя степень — имбецильность, самая тяжелая — идиотия. Внутри каждой группы могут быть больные, значительно отличающиеся друг от друга по своему психическому состоянию. Так, например, если взять больных с легкой степенью дебильности и больных этой же группы, которые по своему психическому недоразвитию приближаются к имбецилам, то их умственные способности будут далеко не одинаковы.

Дебильность. При дебильности наблюдается снижение умственных способностей. Многие из больных могут заниматься в обычной школе, но учатся, как правило, с большим трудом, остаются по несколько раз в одном классе. В таких случаях более целесообразно обучать их во вспомогательных школах по специальной программе.



Рис. 69. Больная олигофренией.

Дебилы наибольшее затруднение испытывают тогда, когда от них требуются находчивость и сообразительность. В то же время они могут хорошо заучивать отрывки произведений, стихотворений. В результате больные способны приобрести определенный круг знаний, который им дает возможность работать на производстве. Дебилы обычно не понимают тех тонких взаимоотношений, которые иногда складываются между окружающими их людьми. Им трудно уловить в окружающей действительности существенное, главное. Поэтому высказывания их часто бывают не к месту, что иногда вызывает насмешки окружающих.

Дебилы с трудом пользуются отвлеченными понятиями. Их мышление не выходит за рамки конкретных представлений. Их отношение к себе бывает не критичным.

Многие из них переоценивают свои возможности и очень обижаются, если им делают замечания. Некоторые дебилы отличаются повышенной внушаемостью. Попав под влияние антисоциальных элементов, дебил может легко сделаться участником преступления. При правильных социальных установках дебилы приспособляются к требованиям жизни и работают на различных несложных участках производства. Но предложить что-то новое, ввести какие-то усовершенствования в выполняемые ими процессы они не в состоянии. Иногда у дебилов на фоне общего психического недоразвития обнаруживаются избирательные способности к рисованию, пению, механике.

Имбецильность. Словарный запас таких больных по сравнению с дебилами значительно ограничен. Они усваивают только название окружающих предметов и наиболее употре-

бательные
отношения
что приход
В обыч
этого их оп
ся обучить
всегда мог
что у имбе
тип мышле
тарному с
тах, не в с
ной мог со
спрашивал
пытался ра
метические
ются особе

Имбеци
сложной р
водстве. В
переносить
встрече чер
летворения
только на
эмоционал
группы.

В одну
ет преиму
Другую гр
раздражит
ним дейст

Идиот
произноси
дельные с
Они не мо
хода. Их
еды польз

Идиоти
Все, что п
неопрятны
ют и не о
ними пост
отметить
жители. Н
кой гнева
ют собствен
образны,
вперед, с

бительные слова. Часто отмечают большие дефекты в произношении слов (картавость, нарушение артикуляции), так что приходится говорить о косноязычии имбецилов.

В обычных школах учиться они совершенно не могут. Для этого их определяют в специальные группы. Иногда их удается обучить чтению, элементарному счету. Но многие из них не всегда могут сосчитать на руках пальцы. Следует отметить, что у имбецилов наблюдается главным образом конкретный тип мышления. Так, например, имбецил, обученный элементарному счету на пальцах или на каких-либо других предметах, не в состоянии решить ту же задачу без них. Один больной мог сосчитать количество пальцев на руках. Но когда его спрашивали, сколько у него пальцев на ногах, он каждый раз пытался разуваться, чтобы произвести подсчет. Такие арифметические действия, как деление и умножение, больным даются особенно трудно.

Имбецилов можно обучить выполнению какой-либо несложной работы, но они всегда нуждаются в контроле и руководстве. В одной из трудовых мастерских имбецил был обучен переносить готовую продукцию от станков на склад. При встрече через несколько месяцев он с чувством большого удовлетворения рассказал, что теперь может переносить вещи не только на склад, но и грузить их на машину. По состоянию эмоциональной сферы имбецилов можно разбить на две группы.

В одну группу входят больные, настроение которых бывает преимущественно хорошим, они добродушны, послушны. Другую группу составляют больные, у которых преобладают раздражительность, подавленность, склонность к агрессивным действиям.

Идиотия. Речь у этих больных отсутствует. Они могут произносить лишь нечленораздельные звуки и очень редко отдельные слова. Обучить их каким-либо навыкам не удается. Они не могут пользоваться даже предметами домашнего обихода. Их невозможно приучить к тому, чтобы они во время еды пользовались хотя бы ложкой.

Идиоты часто не различают съедобного от несъедобного. Все, что попадает в их руки, они тянут в рот. Больные бывают неопытны. Окружающих и родственников часто не различают и не обнаруживают привязанности даже к тем, которые за ними постоянно ухаживают. У многих больных не удается отметить какой-либо реакции на звуковые и световые раздражители. На болевые раздражения могут реагировать вспышкой гнева: больные начинают кричать, кусаться, иногда кусают собственные части тела. Движения больных бедны и однообразны, например они часами могут раскачиваться взад и вперед, сидя в постели. При идиотии особенно часто встреча-

A black and white photograph showing two large, round, textured objects, possibly fruits or vegetables, resting on a surface. The object on the left is slightly smaller and more rounded, while the one on the right is larger and more elongated. Both have a rough, bumpy texture. The background is a plain, light-colored surface.

щитовидной железы. Ввиду физической неполноценности эти больные легко погибают от различных заболеваний (инфекций).

Заболевание ребенка в первые годы жизни также может привести к задержке его умственного развития. К таким заболеваниям относится менингит, энцефалит. Травмы головы во время родов или в послеродовой период тоже нередко вызывают задержку в развитии мозга (рис. 70).

4)
+

В начале попытки все группы, кото

мозга, все мероприятия должны быть направлены на проведение соответствующего воспитания (привитие трудовых навыков, обучение в специальной школе). Проводят повторные курсы лечения витамином В₁₂, глютаминовой кислотой.

Уход. В тяжелых случаях имбецильности и при идиотии приходится следить за питанием и туалетом больных. Во время ухода постоянно следует стремиться к тому, чтобы обучить больных простейшим навыкам (одеваться, разуваться и т. п.).

ПСИХОПАТИИ

Психопатии не относятся к психозам. Это аномалии характера с преимущественным нарушением эмоционально-волевой сферы.

В тех случаях, когда особенности, которые отличают характер в норме, доходят до крайних пределов, говорят о психопатии. В силу особенностей своего характера такие лица трудно уживаются с коллективом. У них постоянно возникают конфликтные ситуации, часто наблюдаются взрывы гнева без достаточного на то повода.

Психопаты могут быть агрессивны. Лицам, окружающим психопата, часто от этого приходится страдать; некоторые из психопатов страдают и сами от особенностей своего характера.

Понятие о психопатиях было впервые выдвинуто нашим соотечественником И. М. Балинским в 1884 г. Он утверждал, что есть люди, которые психоза не обнаруживают, но не могут быть отнесены и к здоровым. Этих людей он и назвал психопатами. Через несколько лет эту мысль поддержал и развил В. Х. Кандинский.

И. М. Балинский большое значение в возникновении психопатий придавал неправильной организации нервной системы и той внешней обстановке, в которой развивается человек.

С. С. Корсаков считал, что для развития психопатий имеют значение наследственные факторы, алкоголизм родителей, поражение плода и ряд других моментов. Определенное значение придавал С. С. Корсаков окружающей среде. Он полагал, что психопатии имеют определенные причины, а не являются чем-то раз и навсегда данным.

В учении о психопатиях до последнего времени остается много неясного. Большое затруднение представляет классификация психопатий. Общепризнанной классификации нет и до сих пор.

В начале XX века немецкий психиатр Э. Кречмер сделал попытку все человеческие характеры разделить на отдельные группы, которые он связывал с соматическими особенностями

строения тела. По его классификации выделялись три группы людей: астеники, пикники и атлеты. Астеники, по его мнению, обладают шизоидным характером, пикники — циклоидным, а атлеты — эпилептоидным. Заострение черт характера только на основании количественных изменений, по мнению Кречмера, может приводить к развитию, например, шизоидной психопатии.

Дальнейшие количественные изменения могут обусловить развитие болезни — шизофрении. Кречмер считал, что психопатия — наследственное заболевание, которое не зависит от внешней среды.

Выдвинутое Кречмером положение подверглось резкой критике со стороны И. П. Павлова, который указывал на непонимание Кречмером существующего перехода количества в качество. Болезнь — это не просто количественные изменения каких-то сторон личности, а качественно иное состояние. И. П. Павлов считал большой ошибкой Кречмера то, что он биологизировал ряд состояний, в то время как они были обусловлены окружающей социальной средой.

Ценным вкладом в развитие учения о психопатиях явилась монография П. Б. Ганнушкина, опубликованная в 1933 г. П. Б. Ганнушкин в этой работе впервые обосновал динамический принцип подхода к психопатиям. Особенно большое значение в развитии психопатий он придавал окружающей среде, в частности социальным факторам.

В последующие годы динамическое понимание психопатий углублялось и развивалось Е. К. Краснушкиным, О. В. Кербиковым.

Как мы уже указывали, общепризнанной классификации психопатий не существует. Мы рассмотрим те виды психопатий, которые встречаются наиболее часто.

Возбудимые психопаты. Психопаты этой группы отличаются повышенной возбудимостью. Возбуждение может наступать по каждому ничтожному поводу. В это время психопаты плохо отдают отчет в своих действиях, могут быть агрессивны, легко вступают в драку. Их действия в этот момент в основном определяются состоянием эмоциональной сферы. В период спокойного состояния психопаты этой группы критически оценивают свое поведение и принимают все меры к тому, чтобы загладить допущенные ими ошибки. Установлено, что у психопатов этой группы слабо развито внутреннее торможение.

Астенические психопаты. В эту группу входят люди, у которых в основном и преобладают черты тревожно-мнительного характера. Они испытывают чувство собственной неполноценности, постоянно сомневаются в правильности своих действий и поступков. Иногда им кажется, что над ни-

ми подсмеиваются. Они робки, застенчивы, легко краснеют и от этого смущаются еще больше.

Многие из них стремятся к уединению, избегают общества. Особенно неуверенно и неловко чувствуют себя эти люди, когда им приходится выступать в обществе (собрание, лекция, беседа). В трудных ситуациях, при которых требуется определенное напряжение, они пугаются и легко отказываются от достижения намеченной цели.

Данные патофизиологического исследования указывают на то, что у астенических психопатов имеется слабость основных нервных процессов и поэтому легко развивается пассивное торможение.

Эмоционально лабильные психопаты. Эта группа объединяет психопатов с различными колебаниями в области эмоциональной сферы. У одних может преобладать повышенное настроение; у других — пониженное, доходящее до глубокой тоски; у третьих наблюдается частая смена хорошего настроения плохим, причем во всех случаях настроение бывает мало связано с внешней обстановкой.

У некоторых психопатов встречаются те или иные виды половых извращений. К ним относятся, например, следующие: **гомосексуализм** — половое влечение к одноименному полу; **садизм** — при этом виде извращения половое удовлетворение наступает при нанесении физической боли половому партнеру; **педофилия** — половое влечение к малолетним.

При постановке диагноза психопатии следует помнить, что психопатические проявления могут быть обусловлены различными причинами. Так, например, если человек в молодом возрасте перенес энцефалит или получил травму головы, то у него могут появиться различные отклонения в области эмоционально-волевой сферы. Его поведение может напоминать поведение психопата, но это не психопатия. В основе психопатии, как было уже указано, лежат какие-то прирожденные патологические особенности нервной системы, которые в зависимости от окружающей среды (характер воспитания) могут проявляться очень ярко или оставаться незамеченными. Если со стороны нервной системы нет никаких патологических прирожденных особенностей, а условия воспитания таковы, что приводят к психопатическим проявлениям, говорят о педагогической запущенности.

Правильная оценка указанных состояний имеет не только теоретическое значение, но из нее вытекает направленность практических мероприятий.

Предсказание П. Б. Ганнушкина относительно того, что при улучшении социально-бытовых условий число психопатий начнет сокращаться, полностью оправдалось.

Лечение. В первую очередь приходится говорить о профилактических мероприятиях. Как только у ребенка будут замечены черты психопатического характера, необходимо принять меры, чтобы правильно организовать его быт и трудовую деятельность. Большое значение имеет также помещение ребенка в здоровый коллектив, где ему будут прививать правильные социальные навыки. В более трудных случаях приходится стационаризовать больного в психоневрологические учреждения. В психиатрических больницах загородного типа иногда имеет смысл помещать психопатов в условия строгого трудового режима.

ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СССР

В нашем социалистическом государстве партия и правительство постоянно уделяют большое внимание вопросам организации медицинской помощи всем трудящимся. Каждая медицинская отрасль имеет централизованное управление в соответствующих учреждениях министерства здравоохранения республик и в Министерстве здравоохранения СССР. Все это относится и к организации специализированной психоневрологической помощи. При каждом республиканском министерстве здравоохранения имеется отдел психоневрологической помощи, который ведает всеми вопросами организации практической и теоретической работы в области психоневрологии в республике. В Министерстве здравоохранения СССР этими вопросами занимается отдел специализированной помощи.

Вся психоневрологическая помощь разделяется на внебольничную помощь и помощь в психоневрологических больницах (в стационарах).

Внебольничная помощь осуществляется в психоневрологических диспансерах. В больших городах в каждом районе имеется свой психоневрологический диспансер, во главе которого стоит врач — районный психиатр. Кроме того, весь район разделяется на участки, которые обслуживаются участковыми психиатрами этого диспансера. В психоневрологический диспансер больные обращаются самостоятельно (или с родными) или по направлению врачей поликлиник, амбулаторий и др. Основными разделами работы психоневрологического диспансера являются следующие: 1) лечебно-профилактическая работа, 2) социально-правовая помощь, 3) экспертиза трудоспособности и военная экспертиза.

В диспансере больные получают необходимую лечебно-профилактическую помощь как амбулаторно, так и на дому. Существенным отличием работы диспансера от работы обычных поликлиник является то, что каждого человека,

...изшегося за
...тех или иных
...на активный уч
...в дальнейшем н
...диспансера (участ
...тивный вызов, не
...ему на дом, про
...больницу.

Работа диспанс
других стационаро
больницу, миновав
о нем посылаются
ный психоневролог
тем самым больно
кроме указания су
ния, обычно даются
наблюдения, амбу
больного.

Таким образом
стоянном учете в
ство, так как, пос
пансера своевреме
его здоровья и пр
или медицинская
инные лечебные ме
дят больного и об
родных, от соседе
ния больного. Эти
на больного и п
дальнейшем лече
больные, у котор
явления, чаще вс
заболеваний, бол
судистыми забол
лениями после тр
рые другие.

Кроме medica
рапии, при диспа
пия в лечебно-тр
очень большую
стояния тех боль
ния остаются те
мастерских боль
водством специа
дят врач и меди
ния такие больн
или приобретаю

обратившегося за помощью в диспансер, при обнаружении у него тех или иных признаков психического заболевания берут на активный учет. Следовательно, если больной не является в дальнейшем на повторный осмотр и обследование, врачи диспансера (участковый психиатр) делают так называемый активный вызов, не дожидаясь прихода больного, сами идут к нему на дом, проводят лечение на дому или направляют в больницу.

Работа диспансера тесно связана с работой больниц и других стационаров. Если больной поступил на лечение в больницу, миновав диспансер, то по выписке его из больницы о нем посылаются основные медицинские сведения в районный психоневрологический диспансер по месту жительства; тем самым больного ставят на учет. В медицинской выписке, кроме указания сущности заболевания и проведенного лечения, обычно даются рекомендации по вопросам дальнейшего наблюдения, амбулаторного лечения или трудоустройства больного.

Таким образом, все психически больные находятся на постоянном учете в диспансере. Это весьма важное обстоятельство, так как, постоянно наблюдая больного, психиатры диспансера своевременно обнаруживают изменения в состоянии его здоровья и принимают соответствующие меры. Фельдшер или медицинская сестра, периодически проводящие те или иные лечебные мероприятия по назначению врача, чаще видят больного и обычно получают ряд важных сведений от его родных, от соседей о всех происходящих переменах в состоянии больного. Эти сведения очень важны для оценки состояния больного и помогают своевременно решать вопросы о дальнейшем лечении его. В основном при диспансере лечатся больные, у которых отсутствуют острые психотические проявления, чаще всего с затяжными формами психотических заболеваний, больные эпилепсией с редкими припадками, с судистыми заболеваниями головного мозга, с остаточными явлениями после травмы головного мозга, с неврозами и некоторые другие.

Кроме медикаментозной терапии, психотерапии и физиотерапии, при диспансерах широко используется трудовая терапия в лечебно-трудовых мастерских. Трудовая терапия играет очень большую роль в компенсации нервно-психического состояния тех больных, у которых после перенесенного заболевания остаются те или иные последствия. В лечебно-трудовых мастерских больные выполняют несложную работу под руководством специальных инструкторов. Больных ежедневно видят врач и медицинская сестра. По мере улучшения состояния такие больные или возвращаются на свое производство, или приобретают другую, доступную для них квалификацию.

В целях предупреждения нервно-психических заболеваний врачи и сестры диспансера проводят санитарно-просветительную работу среди больных и их родственников, в учреждениях.

В диспансере осуществляется социально-правовая помощь больным: им помогают в отношении их бытовых нужд, в трудоустройстве. Если больной получает пенсию, то диспансер следит за сроком прохождения переосвидетельствования во ВТЭК. Диспансер ведает установлением опеки и принимает участие в назначении опекуна для защиты интересов и прав недееспособных психически больных. За больным, находящимся в домашних условиях, систематически ведут наблюдения врачи и сестры. Это так называемый патронаж. Патронажные больные находятся на специальном учете в диспансере. Выделяются специально патронажные сестры.

При диспансерах проводится работа по трудовой и военной экспертизе. В случаях, когда тот или иной вопрос не может быть решен амбулаторно, больной направляется на соответствующую экспертизу в стационар.

Областной диспансер проводит лечебно-профилактическую помощь населению по районам. Для этой цели в район периодически выезжают врачи, фельдшера. Областные диспансеры, так же как и городские, находятся в контакте с районными больницами и сельскими участковыми врачами. Это обеспечивает приближение амбулаторной медицинской помощи к больному, улучшает систематическое наблюдение за его здоровьем.

Помощь в психоневрологической больнице. В больницу направляют прежде всего тех больных, которые по своему психическому состоянию представляют опасность для самих себя или для окружающих. К первым относятся больные в депрессивном состоянии, так как у них часто возникают мысли о самоубийстве, больные с пресенильным психозом, некоторые больные шизофренией, белой горячкой. Оставлять таких больных в домашних условиях крайне опасно. Для окружающих часто представляют опасность больные с бредовыми идеями преследования, отравления, физического воздействия, а также больные эпилепсией в сумеречном состоянии сознания. Кроме того, в больницу направляются больные, нуждающиеся в проведении лечения, которое может быть осуществлено только в условиях стационара, например шоковая инсулинотерапия.

Обычно больные поступают в больницу с направлением (путевкой) от районного психиатра, однако в острых случаях, не терпящих отлагательств, больной может быть направлен врачом любой специальности или поступить в больницу без направления. Во всех случаях при поступлении больного обязательно принимает и осматривает дежурный врач больницы.

Осмотр производят в приемном покое. Наряду с психоневрологическим осмотром измеряют температуру, осматривают зев, выслушивают сердце и легкие. Все эти мероприятия не всегда удается произвести полностью ввиду тяжелого психического состояния больного (резкий негативизм, возбуждение). Особенное внимание уделяется телесному осмотру поступающего больного. Для этого в специальной смотровой комнате больного полностью раздевают. В случае обнаружения ссадин, кровоподтеков, вывихов или других повреждений тела необходимо самым тщательным образом описать их в истории болезни, так как иначе в дальнейшем могут возникнуть конфликты или с родственниками больного, или с самим больным, которые будут обвинять персонал больницы в недостаточном или неправильном уходе и надзоре. В приемном же покое все вещи больного сдают на хранение, а ему выдают после принятия ванны больничное белье и пижаму (или халат). Категорически запрещается больному брать с собой в отделение режущие и колющие предметы: бритву (даже так называемую безопасную), перочинный нож, вилку, иголки, стеклянную посуду, а также лекарства. После осмотра врачом больного направляют в соответствующее отделение.

Одним из главных признаков распределения больных в психиатрической больнице является принцип профилизации отделений по тяжести состояния больных. В каждой больнице имеются отделения для беспокойных (так называемых острых) больных и отделения для спокойных больных.

В отделение для беспокойных поступают больные, требующие строгого надзора и специального ухода. К ним относятся возбужденные больные, в депрессивном состоянии, больные, склонные к разрушительным действиям и нападению на окружающих, склонные к побегу.

Такие отделения желательно размещать в первых этажах больниц. Вся обстановка и устройство отделения должны быть приспособлены для содержания беспокойных больных. Рамы окон и фрамуги должны закрываться на специальные замки, ключи от которых хранятся в закрытой комнате. Стекла должны быть корабельные, небьющиеся, рамы с учащенной переплетом. Никаких штор, занавесок на окна не полагается. Вся электропроводка должна быть заделана в стены. Отопительные батареи следует размещать в глубоких нишах и закрывать их металлической сеткой. Если в больнице печное отопление, то топка не должна выходить в палату. На стенах не должно быть гвоздей, крючков, шнуров от вентиляционных отверстий и т. п. Никакой лишней мебели в отделении не полагается. Кровати должны быть без острых выступов, с невысокими спинками, тяжелые и недоступные к разборке без ин-

струментов. Выходные двери отделения постоянно должны быть закрыты на замок, ключи от которого должен иметь каждый сотрудник отделения.

Посуда разрешается только металлическая (алюминиевая), вилки и ножи больным не выдаются. Также нельзя больным давать ножницы, бритвы, иголки, ручки, длинные карандаши и другие режущие и колющие предметы.

В отделении устраивается несколько палат. Таким образом и внутри отделения для беспокойных больные могут быть распределены по состоянию. Так, например, всегда выделяется так называемая наблюдательная палата, куда помещаются больные, требующие особенно строгого надзора и ухода, или же больные, состояние которых остается неясным (в больших больницах для таких больных устраиваются специальные приемные отделения). В наблюдательной палате имеется круглосуточный санитарный пост (один или два санитаря).

Специально выделяется палата, в которой проводят лечение инсулином («инсулиновая палата»). Имеется также палата для полубеспокойных больных (или выделяется специальное отделение). Двери этих палат должны быть открыты.

Отделение для беспокойных больных должно иметь отдельный сад для прогулок (выход в сад непосредственно из отделения). Сад ограждается высоким «глухим» забором. В часы прогулок в саду должны быть обязательно медицинская сестра и санитары, которые тщательно наблюдают за поведением больных.

В отделение для спокойных поступают больные с правильным, упорядоченным поведением. Поэтому устройство таких отделений и оборудование их мало чем отличаются от имеющих в обычных больницах. Здесь находятся больные с неврозами, с начальными проявлениями сосудистых заболеваний головного мозга, выздоравливающие больные и переведенные из отделения для беспокойных по окончании лечения.

Для психически больных с тяжелыми соматическими заболеваниями выделяют специальное отделение. Иногда такое отделение устраивают при большой соматической больнице. Сюда помещают больных, требующих постоянного ухода ввиду их тяжелого физического состояния, например больных в последних стадиях церебрального артеросклероза сосудов, с тяжелыми параличами, физически ослабленных со старческими психозами. При этих отделениях устраиваются изоляторы, куда помещают больных с подозрением на инфекционное заболевание.

При больших психоневрологических больницах организуются детские отделения, которые также строго профилизируются по возрастным категориям и полу. При таких отделениях имеются штаты преподавателей, так что больные дети, дли-

тельно находящиеся в больнице, проходят основную программу школьных занятий.

При психиатрических диспансерах устраиваются дневные стационары, которые представляют собой лечебно-профилактические учреждения для дневного пребывания больных. На ночь больные возвращаются в домашнюю обстановку. В дневной стационар больные переводятся после окончания курса лечения в больнице в целях дальнейшего укрепления здоровья или поступают туда из диспансеров. В дневных стационарах наряду с медикаментозным лечением и физиотерапией широко используется трудовая терапия.

При каждой психоневрологической больнице должны быть клиническая лаборатория для проведения исследований крови, спинномозговой жидкости, мочи, биохимическая лаборатория, рентгенодиагностическая и рентгенотерапевтическая установки, физиотерапевтическое отделение, кабинет для электрокардиографии и специальная комната для электроэнцефалографии.

Все умершие больные должны обязательно подвергаться патологоанатомическому вскрытию в специально оборудованном помещении — прозекторской, при которой для более углубленного исследования желательно иметь гистопатологическую лабораторию.

Для больных с затяжными формами психозов в целях разгрузки городских психоневрологических больниц, а также для дальнейшего лечения и более широкого проведения трудовой терапии устраиваются психиатрические колонии — загородные психоневрологические больницы. Оборудование и устройство психоневрологических больниц полностью приспособлены для широких лечебных мероприятий и обследования больных. Ввиду того что колонии обычно располагаются в сельских местностях, в них большое внимание уделено трудовой терапии (огородничество, садоводство, работа на животноводческих фермах).

Кроме того, при них имеются самые разнообразные лечебно-трудовые мастерские (картонажные, столярные, портняжные, сапожные).

Длительное лечение в колонии (месяцы и годы) приводит в определенном проценте случаев к значительному улучшению здоровья больных, и они нередко возвращаются в свою семью, на работу.

Для лечения и укрепления здоровья больных с легкими нервно-психическими нарушениями, не представляющими опасности для окружающих, существуют нервно-психиатрические санатории.

Санаторный режим способствует восстановлению работоспособности, а также предупреждает развитие болезни до более тяжелых степеней.

Благодаря широко развернутой сети психоневрологических учреждений, проводящих интенсивную лечебно-профилактическую работу, в СССР достигнуты значительные успехи в лечении больных. Определенная часть больных выписывается из больниц в состоянии выздоровления или значительного улучшения.

ПСИХОГИГИЕНА И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

Под психогигиеной понимают комплекс мероприятий, направленных на оздоровление человека. Психогигиена тесно связана с гигиеной труда и быта. Осуществление мероприятий в области психогигиены стало возможным лишь после Великой Октябрьской социалистической революции, в условиях нашего социалистического государства. Советское правительство организовано, в общегосударственном масштабе проводит ряд мероприятий по охране труда, обеспечению полноценного отдыха трудящихся. Забота о человеке — высший закон Коммунистической партии. В Советской стране трудящиеся имеют все условия для творческого, созидательного, радостного труда. Наш народ твердо уверен в своем будущем, так как оно находится в его собственных руках.

Коммунистическая партия и Советское правительство проявляют неустанную заботу о благосостоянии трудящихся. Об этом свидетельствует неуклонный рост материального и культурного уровня советских людей. Из года в год улучшается лечебно-профилактическое обслуживание населения, увеличивается число санаториев, домов отдыха. Результатом этого является снижение заболеваемости и смертности в нашей стране.

Важным делом в осуществлении психогигиенических мероприятий является санитарно-просветительная работа врачей среди населения. Растет сеть домов санитарного просвещения. Издаются массовыми тиражами брошюры научно-популярного характера, демонстрируются научно-популярные фильмы. Указанные мероприятия поднимают культурный уровень населения, обеспечивают раннюю обращаемость за врачебной помощью, что, несомненно, положительно отражается на качестве лечения. Совершенно очевидно, что психогигиена тесно связана с предупреждением психических заболеваний (психопрофилактикой). Правильная организация режима труда и отдыха, массовое вовлечение трудящихся в занятия физической культурой и спортом — все это не только профилактика заболеваний вообще, но и профилактика нервно-психических заболеваний. Важно также правильно организовать педагогический процесс и распределить часы занятий и отдыха школьников с учетом возрастных категорий.

Массовые
осуществляе
проведения
роль в преду
Успешная

является суц
статочно ска
паралич, вес
теперь предс

Диспансер
ское наблюде
обострение б
меры. Прибл
населению и
чих и служащ
инными промь
них, начальн

ОСОБ

Работа ме
гических учре
цах и имеет р
ются главным
своего болезн
ют себя боль
ным состояни
двигательного
налу в психиа
требования: п
чуткое и ласк
дуальный под
сованность в
и больницы.

Знание все
хически больн
работы медиц
ском учрежде
Прежде всего
быть поведени
шение его к по

Во-первых,
больных отде
больного, в ка
хическое сост
нии и кто из

Массовые мероприятия по борьбе с детскими инфекциями, осуществляемые в яслях, детских садах, консультациях путем проведения предохранительных прививок, играют большую роль в предупреждении нервных и психических заболеваний.

Успешная борьба с венерическими заболеваниями также является существенным моментом в психопрофилактике. Достаточно сказать, что такое заболевание, как прогрессивный паралич, весьма распространенное в дореволюционное время, теперь представляет большую редкость.

Диспансеризация всех психически больных, систематическое наблюдение за их состоянием позволяют рано выявлять обострение болезни и принимать соответствующие лечебные меры. Приближение внебольничной медицинской помощи к населению и производству, профилактические осмотры рабочих и служащих, имеющих на производстве дело с теми или иными промышленными ядами, обеспечивают выявление ранних, начальных форм нервно-психических заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ

Работа медицинского персонала в условиях психоневрологических учреждений отличается от таковой в других больницах и имеет ряд особенностей. Особенности эти обуславливаются главным образом тем, что многие больные не понимают своего болезненного состояния, а некоторые вообще не считают себя больными. Кроме того, у ряда больных с расстроенным состоянием сознания нередко отмечается картина резкого двигательного возбуждения. Поэтому к медицинскому персоналу в психиатрических больницах предъявляются особые требования: постоянная бдительность, выдержка и терпение, чуткое и ласковое отношение, находчивость и строго индивидуальный подход к больному. Большое значение имеет согласованность в работе всего коллектива сотрудников отделения и больницы.

Знание всех дателей ухода, надзора и обслуживания психически больных является совершенно необходимым условием работы медицинской сестры или фельдшера в психиатрическом учреждении. Этой теме и посвящен настоящий раздел. Прежде всего следует остановиться на том, каким должно быть поведение медицинского персонала в отделении и отношении его к психически больным.

Во-первых, медицинская сестра обязана хорошо знать всех больных отделения: знать не только фамилию, имя и отчество больного, в какой палате и где именно он лежит, но и его психическое состояние на текущий день; число больных в отделении и кто из них и по какой причине находится вне отделения.

Необходимо обращать особое внимание на больных, нуждающихся в специальном наблюдении и уходе. Об этом сестра узнает при обходе отделения, который делается врачом, из сестринских дневников и на пятиминутках.

Во-вторых, необходимо точно знать все назначения, сделанные врачом, и строго выполнять их в указанное время.

Обращение со всеми больными должно быть серьезным, вежливым, приветливым и участливым. Думать о том, что больные этого не понимают и не ценят, — глубокое заблуждение. Однако не следует переходить и в другую крайность: быть чрезмерно ласковым, слащавым в обращении с больными, разговаривать с ними сюсюкающим тоном. Это может раздражать и волновать больных. Нельзя отдавать явное предпочтение и уделять особенное внимание одному больному и пренебрежительно относиться к другому. Это также не останется незамеченным и вызывает справедливое недовольство.

Необходимо следить за деловой обстановкой в отделении, за выполнением установленного режима дня, не допускать громких разговоров персонала, так как тишина при лечении нервно-психических больных — весьма важное и необходимое условие.

Медицинский персонал обязан быть опрятным и подтянутым. Халат должен быть чистым и хорошо выглаженным, застегнутым на все пуговицы. На голове следует носить белую косынку, убирая под нее волосы. Мужчинам рекомендуется на голову надевать белую шапочку. Персоналу отделения во время работы нельзя носить бусы, серьги, брошки и другие украшения, так как эти предметы мешают при удерживании возбужденного больного и могут быть сорваны таким больным.

В тех случаях, когда у больных начинается двигательное или речевое возбуждение или вообще наступает резкая перемена в состоянии, медицинская сестра обязана срочно поставить об этом в известность лечащего или дежурного врача. Среднему медицинскому персоналу не разрешается самостоятельно назначать лекарства или процедуры, перемещать больных из одной палаты в другую или даже в пределах одной и той же палаты.

Запрещаются посторонние разговоры в присутствии больного, даже если больной полностью безучастен ко всему окружающему. Иногда такой больной после окончания курса лечения рассказывает о том, что в его присутствии сестры или нянни вели разговоры на самые посторонние темы, выслушивать которые ему было крайне тягостно, но он не мог говорить и двигаться (у больного был кататонический ступор). Не менее тяготят такие посторонние разговоры больных в депрессивном и тоскливом состоянии. Больные же с бредовыми идея-

ми отношения или самообвинения в этих разговорах нередко усматривают ряд «фактов», которые, на их взгляд, имеют прямое отношение к ним. Это может усилить беспокойство больных, нарушить контакт с медицинским персоналом. Такие больные начинают подозрительно относиться к сестре, прекращают прием лекарства из ее рук. В таких случаях говорят, что больной «вплетает» окружающих в свой бред.

В присутствии больных нельзя обсуждать состояние здоровья какого-либо больного, говорить о его заболевании, высказывать суждения о прогнозе. Категорически запрещается смеяться над больными, вести беседу в ироническом, шутливом тоне.

Нередко больные с бредовыми идеями высказывают различного рода предположения о причине своего пребывания в больнице, жалуются на то, что их не лечат, а все якобы делают для того, чтобы избавиться от них, умертвить. В этих случаях надо внимательно и терпеливо выслушать больного. Не следует стремиться во что бы то ни стало разубедить больного, но нельзя и соглашаться с его бредовыми высказываниями. Чаще всего в этих случаях приходится говорить больному о том, что все его предположения неправильны, опасения совершенно необоснованны и что ему необходимо лечиться, так как он болен. Больной, как правило, не удовлетворяется таким ответом и тут же задает вопрос о сроке его выписки из больницы. С этим вопросом следует рекомендовать больному обратиться к лечащему врачу. Говорить же о точных сроках выписки при лечении психических заболеваний, как правило, очень трудно, так как в процессе лечения может потребоваться дополнительное время для тех или иных мероприятий или же может наступить ухудшение в состоянии здоровья больного. О сроках выписки нужно говорить лишь приблизительно, с тем, чтобы потом не возникло никаких споров, конфликтов. Лишь за несколько дней до выписки можно назвать точную дату.

Иногда для того, чтобы успокоить больного, кто-либо из медицинского персонала обещает ему неурочное свидание с родными, разговор по телефону, но потом не выполняет своих обещаний, т. е., проще говоря, обманывает больного. Это совершенно недопустимо, так как в результате больной теряет доверие к окружающим. В случае, если невозможно по какой-либо причине прямо и конкретно дать ответ на тот или иной вопрос, следует по возможности перевести разговор на другую тему, отвлечь больного. Не рекомендуется также обманным путем помещать больного в стационар. Это затрудняет в дальнейшем контакт с больным, он долго остается недоверчивым к окружающим, не рассказывает о себе (замыкается), о своих переживаниях, а иногда озлобляется на персонал.

Не следует бояться больных, но не нужно бравировать подчас ненужной храбростью, так как это может привести к тяжелым последствиям. Приведем пример, свидетельствующий о том, как нельзя пренебрегать осторожностью в общении с больным. Во время беседы в кабинете больной, находящийся в бредовом состоянии, обратился к одному из малоопытных врачей и предложил ему выйти с ним в коридор поговорить один на один. Все поведение больного указывало на бредовое отношение его к врачу. Больной и врач (вопреки советам остальных сотрудников) вышли в коридор, где больной тотчас напал на врача и нанес ему несколько ударов.

Не надо забывать о возможных внезапных (импульсивных) агрессивных поступках больных, направленных против персонала или других больных. Вообще же агрессивные действия больных в отношении медицинского персонала — явление редкое. Ни в коем случае нельзя обижаться, озлобляться на больных за их агрессивные намерения или действия, так как они связаны с болезнью. По выздоровлении часто можно слышать, как больной просит извинить за его поведение в прошлом.

В случае, если среди больных возникла ссора или драка, сестра должна принять срочные меры к тому, чтобы развести больных (для этого необходимо пригласить санитаров, а если их недостаточно, то и сознательных больных) и сейчас же сообщить об этом врачу. Не следует в присутствии больных оправдывать поведение одного или винить другого.

Больные часто обращаются к персоналу с рядом просьб. Многие из них вполне выполнимы. Но прежде чем это сделать, нужно учесть все возможные последствия, т. е. быть осторожным. Так, например, больная шизофренией с бредовыми идеями физического воздействия и отравления после проведенного лечения стала чувствовать себя значительно лучше, но бред полностью не исчез, что она тщательно скрывала (диссимулировала). Вечером эта больная попросила у сестры английскую булавку для того, чтобы продернуть резинку в трусы. Булавку ей дали. Вскоре после этого вызванный врач обнаружил у больной повреждение лица, так как она пыталась себе «застегнуть» рот с тем, чтобы ночью ей «не открыли его и не насыпали ядовитых веществ».

Больные часто пишут всевозможные письма, заявления, жалобы в различные учреждения, в которых излагают все свои «мытарства», требуют, чтобы их обследовала комиссия и т. д. Для того чтобы такие заявления не выходили из больницы, все письма, выходящие из отделения, должны быть прочитаны медицинской сестрой или врачом. Письма, которые по своему содержанию носят явно болезненный характер или имеют какие-либо нелепые высказывания, отправлять не сле-

дует. Эти письма медицинская сестра должна передать врачу. Письма и записки, поступающие в отделение, перед тем, как их раздать больным, тоже должны быть прочитаны. Это делается для того, чтобы оградить больного от тех или иных травмирующих известий, которые могут ухудшить состояние здоровья. Продуктовые и вещевые передачи больным должны тщательно просматриваться, чтобы родственники и знакомые, умышленно или неумышленно, не вручили больному того, что может быть ему противопоказано, или даже опасно для него, например лекарства (особенно наркотики), спиртные напитки, иголки, лезвия для бритв, ручки, спички.

Медицинская сестра во всех деталях должна знать обязанности санитаров и следить за их работой, помнить о недопустимости снятия санитарного поста без обеспечения замены. Новой смене санитаров, вступающей на пост, сестра должна дать указания, какие больные нуждаются в строгом надзоре, особенно в уходе. К таким чаще всего относятся больные в депрессивном состоянии, галлюцинирующие больные, больные с бредом, особенно с бредом физического воздействия и преследования, больные эпилепсией с частыми припадками или с периодическими приступами расстройства сознания, физически слабые больные, отказывающиеся от еды, и некоторые другие. Самый бдительный надзор и наблюдение за такими больными — лучшее средство избежать несчастных случаев (самоубийство, самоистязание, побег, нападение на окружающих). Эти больные ни на минуту не должны исчезать из поля зрения санитаров. Если суицидальный больной накрывается одеялом с головой, необходимо подойти к нему и открыть лицо, так как бывают случаи попыток к самоубийству под одеялом. При измерении температуры нужно внимательно следить, чтобы больной не нанес себе повреждения градусником или не проглотил бы его с целью самоубийства. Если больной пошел в уборную, то санитар должен следить через окошечко двери за поведением больного. Надзор не должен ослабевать ни днем, ни ночью; в палате, куда обычно помещают таких больных (наблюдательная палата), в ночное время должен быть достаточный свет.

При выдаче лекарства нельзя отходить от больного до тех пор, пока он не примет его, так как некоторые, по тем или иным мотивам не желающие лечиться (бредовое толкование, страх, негативизм), получив порошок или таблетку, выбрасывают их или же накапливают с тем, чтобы принять большую дозу одновременно с целью отравления. Если возникают подобного рода подозрения, нужно осмотреть вещи и постель больного, что, впрочем, следует время от времени делать в отношении многих больных. Осмотр вещей, чтобы не оскорбить и не обидеть больного, надо производить в часы прогулок или

во время пребывания больного в ванне. В случае необходимости произвести срочный обыск, больному предлагают принять ванну или приглашают его в кабинет врача для беседы.

Суицидальные (склонные к самоубийству) или слабоумные больные иногда собирают во время прогулок в саду кусочки стекла, гвозди, кусочки металла, поэтому санитары во время прогулок должны следить за поведением больных. Территорию сада нужно систематически тщательно убирать.

Больные не должны иметь при себе спичек. Для курящих спички хранит санитар. При этом необходимо тщательно наблюдать, чтобы больной не бросил горящую папиросу на постель или же не нанес себе ожогов, что иногда делают больные в депрессивном или бредовом состоянии.

У больных не должно быть длинных карандашей, перочинных ножей, заколок, шпилек.

Бритье больных производит парикмахер в присутствии санитаря; для этого лучше пользоваться безопасной бритвой. Эти меры предосторожности необходимы потому, что бывают отдельные случаи, когда больной выхватывает бритву из рук персонала и наносит себе тяжелое повреждение. Во время еды ножи и вилки больным не выдаются. Пищу готовят заранее таким образом, чтобы ее можно было есть, пользуясь лишь ложкой. Буфет, где хранятся ножи и другие предметы, должен быть всегда закрыт на замок. Входить туда больным не разрешается.

В отделении, как правило, имеются беспомощные больные, за которыми необходим самый тщательный и систематический уход. К этой группе относятся больные с кататоническим и депрессивным ступором, с тяжелыми (грубыми) органическими поражениями головного мозга при наличии параличей или глубокого слабоумия, физически слабые больные и некоторые другие. Они часто не могут самостоятельно есть; их нужно кормить и поить из рук. Физически слабым больным, а также в случаях расстройства глотания пищу надо давать преимущественно жидкую, небольшими порциями, не торопясь, так как больные легко могут поперхнуться. Необходимо следить за чистотой белья и постели. Периодически с этой целью следует подкладывать больным судно. Для освобождения кишечника применяют очистительные клизмы. Больных, которым разрешено вставать, нужно водить в уборную. В случаях задержки мочи (чаще это наблюдается у кататоников) ее надо спускать при помощи катетера. Важно внимательно осматривать (не менее 1—2 раз в неделю) кожные покровы больных, так как у них легко возникают пролежни, опрелости. Особенное внимание надо обращать на область крестца, ягодиц. При появлении первых признаков пролежней — стойкое покраснение кожи — больного надо уложить на

резиновый
спиртом.
не ест, а
взять. Ну
стричь их
Больше
больные,
различное
визм, бре
повелител
В каждом
ну отказа
самостоят
кормить
веннику.
оставить
ниц инсул
голода. В
преодоле
Если
результат
Для про
1) резино
неи закр
открытый
конец зон
перед вв
дит. 500
масла, 5
быть теп
стый р
(рис. 71)
Когда
на спину
его прих
зывают
зонд без
в носогл
надо вве
области
дельные
ся вытол
задержк
случаях
больному
глотат
нен

резинový круг, систематически протирать кожу камфарным спиртом. Ротовую полость, особенно, если больной не пьет и не ест, а его кормят через зонд, следует периодически промывать. Нужно строго следить за чистотой волос (лучше коротко стричь их).

Большого внимания обслуживающего персонала требуют больные, отказывающиеся от еды. Отказы от еды могут иметь различное происхождение: кататонический ступор, негативизм, бредовые установки (идеи отравления, самообвинения), повелительные галлюцинации, запрещающие больному есть. В каждом отдельном случае надо попытаться выяснить причину отказа от еды. Иногда после уговоров больной начинает самостоятельно есть. В отдельных случаях больные доверяют кормить себя только кому-нибудь из сотрудников или родственнику. Больные с негативизмом иногда едят, если около них оставить пищу и отойти. Часто помогает введение 10—15 единиц инсулина натошак, в результате чего усиливается чувство голода. В ряде случаев персоналу удается кормить больного, преодолевая небольшое сопротивление.

Если все принятые меры не приводят к положительным результатам, приходится кормить искусственно через зонд. Для проведения этого мероприятия необходимо приготовить: 1) резиновый зонд (диаметр отверстия около 0,5 см, один конец закругленный, с двумя боковыми отверстиями, другой — открытый); 2) воронку, на которую надевается открытый конец зонда; 3) вазелин или глицерин для смазывания зонда перед введением; 4) питательную смесь, в состав которой входит: 500 г молока, 2 яйца, 50 г сахара, 20—30 г сливочного масла, 5—10 г соли и витамины (питательная смесь должна быть теплой); 5) два стакана кипяченой воды или чая; 6) чистый резиновый баллон; 7) спички; 8) роторасширитель (рис. 71).

Когда все приготовят, больного укладывают на кушетку на спину. Обычно больной оказывает сопротивление, так что его приходится удерживать 2—3 санитарам. Конец зонда смазывают вазелином или глицерином и вводят в нос. Обычно зонд без больших усилий хорошо проходит через носовой ход в носоглотку, в пищевод и достигает желудка; для этого зонд надо ввести на длину около 50 см. При прохождении зонда в области носоглотки у больного рефлексорно появляются отдельные рвотные движения, кроме того, сам больной стремится вытолкнуть зонд. В это время могут быть кратковременные задержки дыхания, больной краснеет, напрягается. В таких случаях рекомендуется на некоторое время прикрыть рот больному и сказать ему, чтобы он дышал через нос и делал глотательные движения. Если у больного появляются затрудненное дыхание, синюшность лица, усиливается возбуждение,

зонд надо быстро вынуть, так как это признаки, что зонд попал в трахею.

Прежде чем вводить питательную смесь, необходимо окончательно убедиться в том, что зонд находится в желудке. Показателем этого является следующее: 1) больной свободно дышит; 2) пламя горящей спички, поднесенное к воронке, не отклоняется в сторону и через воронку можно прослушать



Рис. 71. Предметы, необходимые для проведения искусственного кормления через зонд.

шум перистальтики желудка; 3) введение воздуха в воронку при помощи баллона вызывает шумы в области желудка, напоминающие урчание.

Кормление производится таким образом (рис. 72). Вначале в воронку вливают около полустакана воды или чая. После этого начинают наливать питательную смесь. Для того чтобы она не слишком быстро поступала в желудок, воронку не следует держать высоко. Затем в воронку вливают 1—2 стакана кипяченой воды или чая. Зонд нужно вынимать быстро, но не резким движением. По окончании кормления больного необходимо несколько минут подержать в том же положении, так как иногда он может вызвать у себя рвоту. Для предотвращения рвоты применяют атропин (подкожная инъекция за 10—15 минут до кормления). Кормление через зонд приходится иногда проводить на протяжении нескольких месяцев, поэтому время от времени нужно производить осмотр носовых ходов.

В случае, если зонд невозможно ввести через нос (искривление носовой перегородки, полипы), его надо вводить через

по д... того...
зависитель...
большее...
большими. Во...
ожжение може...
кататоническ...
вно-депрессивн...



Рис. 72. Ко...

ное и аментивно...
месте по борьбе...
каментозная тер...
гексенала по 5—...
магнелии, барба...
шие результаты...
на, который упо...
400 мг в сутки в...
возбуждения бо...
внутри, необход...
или в прямую ки...
Очень хорош...
тельные теплые...
тивопоказаний...
обеспечен систе...
жет находиться...
Иногда возбу...
постели до тех...
Медицинская...
15 Нервные

рот, но для того, чтобы больной не зажимал зонд зубами, предварительно необходимо ввести роторасширитель.

Большое внимание следует уделять уходу за возбужденными больными. Возбуждение бывает различное. Известно, что возбуждение может быть при таких психозах, как шизофрения (кататоническое и гебефреническое возбуждение), маниакально-депрессивный психоз (маниакальная фаза), делириоз-



Рис. 72. Кормление через нос при помощи зонда.

ное и аментивное состояния различной этиологии. На первом месте по борьбе с двигательным возбуждением стоит медикаментозная терапия: хлоралгидрат по 2—3 г, 10% раствор гексенала по 5—10 мл, 25% или 40% раствор сернокислой магнезии, барбитал по 0,2—0,4 г на прием, пантопон. Хорошие результаты при возбуждении дает применение аминазина, который употребляется в виде 2,5% раствора по 200—400 мг в сутки внутримышечно. Учитывая, что в состоянии возбуждения больные, как правило, не принимают лекарств внутрь, необходимо их вводить подкожно, внутримышечно или в прямую кишку при помощи клизмы в свечах.

Очень хорошие результаты при возбуждении дают длительные теплые ванны (35—36°). В такой ванне, если нет противопоказаний со стороны сердечно-сосудистой системы и обеспечен систематический приток теплой воды, больной может находиться несколько часов.

Иногда возбужденного больного приходится удерживать в постели до тех пор, пока он не получит то или иное лекарство. Медицинская сестра не только должна точно знать все при-

мы удерживания беспокойного больного, но и уметь показать их санитаркам и руководить ими, если это необходимо. В зависимости от силы возбуждения больного удерживание его в постели может быть обеспечено 1—2 санитарями, иногда для этого необходимы 3—4 и 5 санитаров. При сильном возбуждении больного кладут на кровать на спину, руки и ноги должны быть выпрямлены. С обоих боков кровати становятся по два санитаря. Двое из них держат руки больного, фикси-



Рис. 73. Удерживание беспокойной больной двумя санитарками.

руя плечо и предплечье, двое — ноги, фиксируя бедро и голень. Иногда достаточно для удерживания больного двух санитаров; тогда один из них удерживает ноги, а другой — руки больного, предварительно их скрестив таким образом, чтобы левая рука лежала на правой (рис. 73). Если больной во время возбуждения пытается удариться головой или укусить окружающих, то, кроме фиксации рук и ног, необходимо третьему человеку удерживать голову больного. Для этого санитар становится у изголовья кровати и плотно прижимает голову к подушке, предварительно перекинув через лоб больного полотенце (рис. 74). Во время удерживания нельзя причинять больному боль, поэтому лучше удерживать его через простыню или одеяло. Нельзя надавливать на живот и на грудь больного, так как можно причинить боль или вызвать перелом ребер.

В случае, если сильно возбужденный больной не дает приблизиться к себе, угрожая каким-либо предметом, к нему следует подойти, держа перед собой развернутое и поднятое

...этого больного
...как об этом
...При переводе
...в другое та
...существует
...васности от хар



Рис. 74. Удер

больного ведет
му сзади, взять
Больной может
ударить голову
ного надо прип
плеч и головы
могут вести ли
тар берет по од
плеча (над лок
стороны.

При уходе з
ввиду своеобраз
ные конфликты
вести к агрессии
отвлечь больног
тается злобным,
до сведения вра
роения) у больно
часов или дней.

вверх одеяло, которое быстро накидывают на больного. После этого больного тотчас укладывают в постель и удерживают, как об этом было сказано выше.

При переводе возбужденного больного из одного помещения в другое также надо правильно удерживать его. Для этого существует несколько приемов, которые применяются в зависимости от характера возбуждения и силы больного. Если



Рис. 74. Удерживание беспокойной больной тремя санитарками.

больного ведет один санитар, то он должен подойти к больному сзади, взять его руки крест-накрест и идти рядом с ним. Больной может оказать сопротивление: пытаться вырваться, ударить головой. Во избежание этого скрещенные руки больного надо приподнять, тем самым будут ослаблены движения плеч и головы больного. При сильном возбуждении больного могут вести лишь два санитар. В этом случае каждый санитар берет по одной руке больного и держит ее около кисти и плеча (над локтевым суставом). Руки больного отводят в стороны.

При уходе за больными эпилепсией следует помнить, что ввиду своеобразия характера они часто вступают в длительные конфликты с окружающими больными и это может привести к агрессии. Медицинская сестра должна вовремя уметь вести к агрессии. Медицинская сестра должна вовремя уметь отвлечь больного, успокоить его. Но если больной все же остается злобным, напряженным, необходимо об этом довести до сведения врача. Во время дисфории (расстройства настроения) у больного, которая может продолжаться несколько часов или дней, к нему не нужно часто обращаться, стремиться

ся вовлечь в какие-либо занятия, так как больной в это время крайне раздражителен и злобен. Лучше ему предоставить полный покой (о мерах помощи и уходе во время судорожного припадка или эпилептического состояния см. раздел «Эпилепсия»).

Большие трудности иногда возникают при уходе за психопатами, которые нередко являются нарушителями режима дня отделения, часто вступают в ссоры с окружающими больными. В этих случаях часто приходится прибегать к строгому тону с тем, чтобы призвать к порядку такого больного.

Непосредственной обязанностью медицинской сестры является составление дневников. В них сестра должна точно, простым языком записать все, что она видела в течение дня, наблюдая за больными. Эти дневники имеют большое значение для врачей, если они умело составлены, так как сестра больше времени, чем врач, находится в общении с больными и иногда может заметить ряд очень важных перемен в состоянии больного. Эти же дневники необходимы сестрам и санитарам другой смены для ознакомления с состоянием больных.

Только при четкой и согласованной работе всего персонала отделения, при правильной организации ухода и лечения можно достигнуть хороших результатов в оказании помощи психически больному человеку.

СЛОВА

Абсанс (от
менное нар
больных эпи
Абстиненци
лекс соматич
ческих расст
в период от
ков.

Абсцесс м
ного мозга;
зультате п
микробов пр
ном заболев

Агграваци
личение дей
щих болезн

Аграфия —
писать.

Агрессивн

Агриппия —
сонница.

Адекватн
раздражени

мер, весело

получении

Ажитиров
ный.

Акалькул
сти считать

Акоазмы —
ции в виде

и других
ков.

Акроциан
нечностей.

Аксон (не
ский отрост

отросток не
ший от ее

Алексия —
читать.

Альцгейм
болс

лс

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ, НАИБОЛЕЕ УПОТРЕБЛЯЕМЫХ В НЕВРОПАТОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

- Абсанс** (отсутствие) — кратковременное нарушение сознания у больных эпилепсией.
- Абстиненция** — симптомокомплекс соматических и нервно-психических расстройств у наркоманов в период отвыкания от наркотиков.
- Абсцесс мозга** — гнойник головного мозга; чаще возникает в результате попадания гноеродных микробов при травме мозга, гнойном заболевании уха, легких.
- Аггравация** — намеренное преувеличение действительно существующих болезненных изменений.
- Аграфия** — потеря способности писать.
- Агрессивный** — нападающий.
- Агрипния** — расстройство сна, бессонница.
- Адекватный** — соответствующий раздражению, ситуации. Например, веселое выражение лица при получении радостного известия.
- Ажитированный** — возбужденный.
- Акалькулия** — потеря возможности считать.
- Акоазмы** — слуховые галлюцинации в виде шумов, тресков, свиста и других нечленораздельных звуков.
- Акроцианоз** — синюшность конечностей.
- Аксон** (неврит, осевоцилиндрический отросток) — самый длинный отросток нервной клетки, отходящий от ее основания.
- Алексия** — потеря способности читать.
- Альцгеймера болезнь** — заболевание из группы старческих психозов.
- Амавроз** — слепота.
- Аментивный синдром** — один из видов расстроенного сознания, характеризуется острой спутанностью, полной дезориентировкой, отрывочными галлюцинациями, разорванностью речи и двигательным беспокойством (обычно в пределах постели).
- Амимия** — отсутствие мимических движений, что нередко придает маскообразное выражение лицу.
- Амнезия** — выпадение из памяти, забвение отдельных периодов жизни.
- Амнезия антероградная** — потеря памяти на события после начала заболевания.
- Амнезия ретроградная** — выпадение из памяти событий, предшествовавших болезни.
- Амнестический синдром** (корсаковский синдром) — резкое расстройство запоминания текущих событий с наличием конфабуляций или псевдореминисценций.
- Анальгезия** — отсутствие ощущения боли.
- Анестезия** — отсутствие чувствительности.
- Анизокория** — разная величина зрачков.
- Анорексия** — потеря аппетита.
- Аносмия** — потеря обоняния, больные не различают никаких запахов.
- Апатия** — безразличие, отсутствие стремлений к деятельности.
- Апоплексический удар** — кровоизлияние в мозг, инсульт.
- Апраксия** — невозможность произвести какое-либо сложное действие при отсутствии паралича.

Больной утрачивает способность пользоваться предметами по назначению, например не может зажечь спичку, одеться.

Аргайль — Робертсона — симптом — отсутствие реакции зрачков на свет при сохранности реакции их на аккомодацию и конвергенцию. Симптом часто наблюдается при сухотке спинного мозга и прогрессирующем параличе.

Арефлексия — отсутствие рефлексов.

Астазия — абазия — невозможность стоять и ходить при отсутствии признаков органического поражения центральной или периферической нервной системы. При обследовании больного в постели все движения в ногах сохранены.

Астения — общая слабость, повышенная истощаемость. Часто наблюдается после инфекционного заболевания или другого тяжелого соматического заболевания.

Атаксия — расстройство координации (согласованности) движений.

Атония — отсутствие тонуса.

Аура (дуновение) — симптом, наблюдаемый в начале эпилептического припадка. Выделяют различные виды ауры: вегетативную, сенсорную и др.

Аутизм — отгороженность от окружающего, погружение (уход) больного в мир собственных переживаний. Больной настолько углубляется в свои переживания, что с ним трудно вступить в общение.

Афазия — потеря речи при органическом поражении головного мозга.

Афазия амнестическая — больной не может правильно назвать знакомые предметы, хотя знает их назначение и употребление. Например, при показе больному ключа он не может его назвать, но отвечает, что это то, чем открывают и закрывают замок, и делает ключом вращательные движения.

Афазия моторная — больной не может говорить, хотя и понимает речь окружающих.

Афазия сенсорная — больной не понимает речь окружающих, хотя может произносить слова и фразы.

Афония — беззвучность голоса. Нередко наблюдается при истерии.

Аффект — сильное выражение чувств (гнев, радость, страх), как правило, сопровождающееся вегетативными проявлениями (покраснение или побледнение лица и др.).

Аффект патологический — отличается от обычного аффекта тем, что при нем расстраивается сознание.

Бабинского симптом — признак нарушения двигательного пирамидного пути. В норме отмечается у детей в возрасте до года.

Бред — ложное, возникающее на почве болезни, не соответствующее действительности убеждение, не поддающееся исправлению никакими доводами (например, больной утверждает, что его сердце заключено в металлическую оболочку). Этот симптом — несомненный признак психической болезни.

Бред резидуальный — остаточные бредовые высказывания больного в период выздоровления.

Булимия — чрезмерное повышение аппетита.

Бульбарный паралич — паралич, обусловленный поражением ядер черепномозговых нервов, расположенных в продолговатом мозгу; имеет все признаки периферического паралича.

Вегетативный синдром — комплекс вегетативных нарушений (расстройство потоотделения, вазомоторные явления и др.).

Галлюцинации — чувственное восприятие при отсутствии внешнего объекта.

Галлюцинации гипнагогические — галлюцинации, возникающие при засыпании, в дремотном состоянии.

Галлюцинации истинные — галлюцинаторные образы, носящие характер реальности, точно проецируемые больным в пространстве.

Галлюцинации ложные (псевдогаллюцинации) — галлюцинации, не имеющие проекции во внешнем пространстве. Воспринимаются больными не посредством органов чувств, а как бы «умственным зрением или слышанием».

Галлюциноз — характеризующийся стойкими галлюцинациями (наблюдается при алкоголизме и алкогольном галлюцинозе).

Гемипарез — паралич одной половины тела.

Гидроцефalus — расширение желудочков головного мозга.

Гиперкузия — болезненная чувствительность к звукам.

Гиперестезия — болезненная чувствительность к различным раздражителям.

Гиперкинез — болезненное, неконтролируемое движение.

Гиперрефлексия — болезненное усиление рефлексов.

Гиперсомния — чрезмерная сонливость.

Гипертония — повышенное артериальное давление.

Гипомимия — болезненная мимика.

Гипноз — искусственно вызванное состояние.

Гипотония — пониженный тонус мышц.

Гомосексуальность — сексуальная ориентация на лиц своего пола.

Двойная убежденность — одновременное существование двух противоположных убеждений.

Депрессия — состояние подавленности.

Дезинтоксикация — процесс выведения токсинов из организма.

Галлюциноз — синдром, характеризующийся наличием выраженных и стойких (как правило, слуховых) галлюцинаций. Чаще всего наблюдается при сифилисе мозга и алкоголизме.

Гемиянопия — выпадение половины поля зрения.

Гемикрания — мигрень.

Гемипарез — неполный паралич одной половины тела.

Гемиплегия — паралич половины тела.

Гидроцефалия — водянка головного мозга.

Гиперкузия — повышенная чувствительность к звукам.

Гиперестезия — повышенная чувствительность.

Гиперкинезы — насильственные движения. Зависят от усиления деятельности подкорковой области. Часто наблюдаются при малой хоре.

Гипестезия — понижение чувствительности.

Гиперрефлексия — резкое усиление рефлексов, наблюдаемое, например, при спастических параличах.

Гиперсомния — повышенная, чрезмерная сонливость.

Гипертония — повышение мышечного тонуса.

Гипомимия — ослабление мимической мускулатуры, недостаточная выразительность мимических реакций.

Гипноз — частичный сон.

Гипотония — понижение тонуса, например мышечного при вялых параличах.

Гомосексуализм — половое влечение к лицам того же пола.

Двойная ориентировка — убеждение больного в том, что он одновременно находится в двух местах, например в больнице и в тюрьме, что его окружают больные и в то же время подсланные шпионы и т. п.

Дебильность — легкая степень слабоумия (олигофрения); нерезко выраженная умственная отсталость.

Деграция — снижение.

Дезинтоксикационная терапия — лечение, направленное на удаление ядовитых веществ из организма.

Дезориентировка — неспособность больного ориентироваться в месте, времени, а иногда и в собственной личности.

Делирий — сноподобное состояние сознания; характеризуется возбуждением, дезориентировкой в месте и времени, обилием галлюцинаторных расстройств.

Деменция — слабоумие, приобретенное в процессе болезни.

Депрессия — тоскливое, угнетенное настроение.

Джексоновская эпилепсия — так называемая очаговая эпилепсия, при которой припадки возникают в той или другой части тела, в зависимости от участка (очага) раздражения коры.

Дизартрия — расстройство произношения слов. Больные особенно трудно выговаривают сложные слова и скороговорки; они как бы спотыкаются на слогах.

Диплопия — двоение в глазах, окружающие предметы видятся удвоенными.

Дипсомания — запойное пьянство.

Диссимуляция — сознательное стремление больного скрыть свои болезненные расстройства.

Дисфагия — расстройство глотания.

Иатрогения — ухудшение состояния больного под влиянием услышанных высказываний медицинского персонала о его болезни.

Идиотия — самая глубокая степень врожденного слабоумия (олигофрении).

Иллюзия — искаженное восприятие реально существующего раздражителя (предмета, звука и т. п.). Например, палка, лежащая в траве, воспринимается как змея.

Имбильность — средняя степень врожденного слабоумия (олигофрении).

Императивный — повелительный.

Импulsивный — внезапный, немотивированный.

Инволюционные психозы — заболевания, развивающиеся в возрасте обратного развития (в периоде увядания организма).

Инсульт — удар, кровоизлияние в мозг.

Интеллектуальный — умственный.

Интенционный тремор (дрожание) — обнаруживается в момент выполнения движения и особенно усиливается, если требуется большая точность движений. Часто наблюдается при рассеянном склерозе.

Интерорецепторы — нервные окончания во внутренних органах, в сосудах.

Инттоксикационные психозы — связанные с отравлением, например белая горячка.

Ипохондрические идеи — преувеличение имеющихся болезненных явлений или мысли о заболевании, которого нет у больного.

Инфекционная хорей, малая хорей — ревматическое поражение головного мозга с преимущественными явлениями со стороны подкорковых образований.

Ишиас — воспаление седалищного нерва.

Каталепсия — восковая гибкость, больной сохраняет придаваемую ему позу.

Катамнез — данные о больном после выписки из больницы.

Кататония — одна из форм шизофрении.

Каузалгия — сильная, жгучая боль.

Квинке отек — ограниченный отек участка кожи, слизистой оболочки (ангионевротического происхождения).

Кернига симптом — рефлекторное сокращение сгибателей голени, препятствующее разгибанию, при положении больного лежа на спине и согнутых тазобедренном и коленном суставах. Один из важных и ранних симптомов поражения мозговых оболочек.

Клептомания — навязчивое стремление к бесцельным кражам.

Климакс — период прекращения деятельности половых желез.

Кома — самая глубокая степень помрачения сознания.

Коммoция — сотрясение.

Конфабуляция — ложные воспоминания у больных с нарушением памяти.

Корсаковский психоз — заболевание, описанное С. С. Корсаковым в 1889 г. у лиц с хроническим алкоголизмом. Самым характерным является наличие полиневрита в сочетании с расстройствами памяти (см. Амнестический синдром).

Криз — внезапный приступ (например, боли во внутренних органах при спинной сухотке).

Координация — сочетание, согласование.

Лабильный — неустойчивый, колеблющийся.

Ласега симптом — болевые ощущения при натяжении нервного ствола (см. Ишиас).

Лептоменингит — воспаление мягких мозговых оболочек.

Летаргия — длительный глубокий сон, например при эпидемическом энцефалите.

Ликвор — спинномозговая жидкость.

Липмана симптом — появление зрительных галлюцинаций при надавливании на глазные яблоки; часто наблюдается у больных в ближайшие дни после белой горячки.

Манерность — вычурное, неестественное поведение с наличием неадекватных жестов и мимики. Часто наблюдается при шизофрении.

Маниакальное состояние — болезненное повышенное настроение в сочетании с выраженной картиной психомоторного возбуждения.

Маниакальная фаза — один из возможных периодов в течении маниакально-депрессивного психоза.

Маразм — сочетание соматического и психического распада, приводящего к физической беспомощности и слабоумию в результате тяжелого и необратимого поражения головного мозга (например, при старческом психозе, прогрессивном параличе).

Меланхолия — тоскливое, подавленное настроение в сочетании с общей заторможенностью.

Менингит — воспаление оболочек мозга.

Ментизм — наплыв мыслей, часто бесцельных, ненужных, помимо желания субъекта.

Мидриаз — расширение зрачков,

Миоз — сужение зрачков.

Микроглиоциты — одна из форм клеток глии (клетки Гортгеа).

Микроцефалия — врожденное недоразвитие мозга, характеризующееся малыми размерами черепа.

Миопатия — группа заболеваний, при которых первично пораженными являются мышцы.

Миелит — воспаление спинного мозга.

Моноплегия — паралич одной конечности.

Мутизм — немота при сохранности понимания речи окружающих и отсутствии органических поражений центров речи.

Навязчивые состояния — постоянно возникающие, помимо желания больного, мысль, действия, страхи при полном понимании и критическом отношении к ним со стороны больного.

Нарколепсия — приступ патологического сна.

Наркомания — патологическое влечение к наркотическим веществам вследствие привыкания к ним.

Насильственные движения — возникающие помимо желания больного.

Неадекватная мимика — не соответствующая эмоциональным переживаниям больного.

Невралгия — боль по ходу нерва.

Неврит — воспаление нерва.

Нейроглия — опорно-трофическая ткань нервной системы.

Нейрон — нервная клетка со всеми отростками.

Негативизм — противодействие, отрицательное отношение ко всем внешним воздействиям.

Нистагм — колебательные движения глазных яблок.

Оглушение — легкая степень расстройства сознания, при котором наблюдается затрудненное восприятие окружающего.

Олигофазия — оскудение запаса слов.

Олигофрения — малоумие, врожденное слабоумие.

Опоясывающий лишай — поражение межпозвоночного ганглия, сопровождающееся герпетическим высыпанием на коже по ходу нерва.

Параноидная шизофрения — одна из форм шизофрении, главным в клинической картине которой является бред.

Паралич — полная потеря движения.

Параплегия — паралич обеих рук или ног.

Парез — неполный паралич, мышечная слабость.

Паркинсонизм — экстрапиримидный синдром, возникающий после энцефалита или при дрожательном параличе.

Патронаж — призрение психически больных в семье.

Персеверация — склонность больного к повторению одного какого-либо действия.

Пика болезнь — одна из форм старческого психоза с нарастающей картиной слабоумия. В основе заболевания лежит атрофия коры головного мозга, главным образом в области лобных и теменных долей.

Потатор — пьяница, алкоголик.

Полиневрит — множественное воспаление нервов.

Полиомиелит — детский паралич, болезнь Гейне—Медина. В основе заболевания лежит поражение передних рогов спинного мозга.

Пресенильный — предстарческий.

Псевдогаллюцинации см. Галлюцинации ложные.

Псевдодеменция (ложное слабоумие) — одна из форм истерической реакции.

Психастения — невроз, характеризующийся в основном психической слабостью в сочетании с тревожно-мнительным характером.

Психогенный — возникший под влиянием психической травмы.

Психопатия — патологический характер с преимущественным нарушением эмоционально-волевой сферы.

Психотерапия — лечение разъяснением, убеждением, внушением.

Птоз века — опущение века.

Пуэрилизм — форма истерической реакции, выражающаяся детским поведением.

Радикулит — поражение корешков спинного мозга.

Реактивная депрессия — психическое расстройство, выражаю-

щеся главным образом подавленным настроением и обусловленное психической травмой.
Резидуальный бред см. Бред резидуальный.
Резонерство — бесплодное, бесцельное рассуждение.
Ремиссия — временное улучшение в состоянии больного.
Ретроградный — идущий назад.
Рефлекс (отражение) — реакция организма на раздражение, осуществляемая посредством нервной системы.
Рефлекс хоботка — вытягивание губ больного вперед в форме хоботка в ответ на прикосновение к губам.
Ригидность — тугоподвижность.
Ритуал — обряд, обычай.
Ромберга симптом — неустойчивость, пошатывание при стоянии с закрытыми глазами.
Садизм — половое извращение, выражающееся в стремлении причинить боль партнеру.
Сенильный — старческий.
Симуляция — сознательное при творство, направленное на изображение какого-либо заболевания.
Синдром — совокупность симптомов.
Синергия — содружество.
Скандированная речь — своеобразный ритм речи с расчленением слов и ударением на отдельных слогах.
Слабоумие — стойкое снижение умственных способностей.
Соматический — телесный, физический.
Сомнамбулизм — снохождение.
Спазмофилия — судорожные проявления у детей раннего возраста, связанные с нарушением кальциевого обмена.
Спазм зора — насильственное закатывание глазных яблок.
Статус эпилептический — ряд эпилептических припадков, следующих один за другим без прояснения сознания между ними.

Стереотипия — однообразное, бессмысленное повторение отдельных фраз, слов, движений.
Ступор — двигательное оцепенение.
Суггестия — внушение.
Судороги клонические — непроизвольная, быстрая смена сокращения и расслабления мышечных групп.
Судороги тонические — судороги с длительным сокращением, напряжением мышц.
Суицидальный — склонный к самоубийству.
Сурдомутизм — глухонмота.
Сухотка спинного мозга — заболевание, обусловленное сифилитическим поражением задних столбов и корешков спинного мозга.
Тетраплегия — паралич четырех конечностей.
Тик — непроизвольное подергивание мышц.
Тремор — дрожание.
Тризм — судорожное сокращение жевательной мускулатуры.
Фобии — страхи.
Фотопсии — элементарные зрительные галлюцинации.
Циклотимия — легкая форма маниакально-депрессивного психоза.
Циркулярный психоз (маниакально-депрессивный) — заболевание, в течение которого имеет место смена депрессивных и маниакальных фаз.
Шизофазия — речевая разорванность.
Эйфория — повышенное, благодушное настроение, обусловленное заболеванием.
Экзофтальм — пучеглазие.
Электроэнцефалография — запись биотоков мозга.
Эмоция — чувства.
Энурез — недержание мочи.
Энцефалит — воспаление мозга.
Эхолалия — повторение больным услышанных фраз, слов.
Эхопраксия — автоматическое повторение действий, которые видит больной.
Ювенильный — юношеский.

От авторов .
 Предисловие к
 Введение .
 Краткие сведения
 психиатрии

Общая часть .
 Основы анатомии
 Основы физиологии
 Спинной мозг
 Головной мозг
 Анализаторы
 Кожный
 Слуховой
 Зрительный
 Обонятельный
 Вкусовой
 Двигательный
 Краткие сведения

Нервные болезни
 Классификация
 Болезни периферии
 Невралгии
 Невралгия
 Невралгия
 Межреберная
 Невриты
 Неврит
 Неврит
 Неврит
 Неврит

СОДЕРЖАНИЕ

От авторов	2
Предисловие к первому изданию	3
Введение	5
Краткие сведения по истории отечественной невропатологии и психиатрии	7

НЕВРОПАТОЛОГИЯ

Общая часть	12
Основы анатомии нервной системы	12
Основы физиологии и патофизиологии нервной системы	26
Спинной мозг	26
Головной мозг	28
Анализаторы	32
Кожный анализатор	32
Слуховой анализатор	33
Зрительный анализатор	33
Обонятельный анализатор	33
Вкусовой анализатор	34
Двигательный анализатор	31
Краткие сведения о вегетативной нервной системе	40
Нервные болезни	44
Классификация нервных болезней	44
Болезни периферической нервной системы	45
Невралгии	45
Невралгия седалищного нерва, или ишиас	46
Невралгия тройничного нерва	48
Невралгия затылочного нерва	49
Межреберная невралгия	50
Невриты	50
Неврит лицевого нерва	51
Неврит лучевого нерва	52
Неврит локтевого нерва	53
Неврит срединного нерва	54

Неврит седалищного нерва	51
Полиневрит	55
Инфекционный полиневрит	56
Дифтерийный полиневрит	56
Алкогольный полиневрит	57
Болезни спинного и головного мозга	58
Острый полиомиелит	58
Воспаление спинного мозга	61
Сухотка спинного мозга	62
Рассеянный, или множественный, склероз	64
Сирингомиелия	65
Боковой амиотрофический склероз	68
Прогрессирующая мышечная дистрофия	69
Нарушения мозгового кровообращения	70
Энцефалит	74
Эпидемический энцефалит	75
Клещевой энцефалит	77
Вторичный энцефалит	79
Инфекционная хорея, малая хорея	80
Менингит	81
Эпидемический цереброспинальный менингит	83
Туберкулезный менингит	85
Гнойный менингит	87
Острый серозный менингит	87
Сифилитический менингит	88
Опухоли головного мозга	88
Абсцесс головного мозга	90
Паразиты головного мозга	91
Травмы головного мозга	91
Сотрясение мозга	92
Ушиб мозга	93
Воздушная контузия	93
Заболевания вегетативной нервной системы	95
Мигрень	95
Ограниченный отек (отек Квинке)	96

ПСИХИАТРИЯ

Общая часть	97
Общая характеристика психических процессов и их физиологическая основа	97
Симптомы психических болезней	102
Расстройство восприятий	102
Иллюзии	102
Галлюцинации	103
Расстройства памяти	106
Расстройства мышления	108
Навязчивые состояния	109

Бред	110
Слабоумие	113
Расстройства эмоций	114
Расстройства волевой деятельности	117
Основные синдромы психических болезней	119
Синдромы расстройства сознания	119
Состояние оглушения	119
Делириозное состояние	120
Аментивное состояние	120
Коматозное состояние	121
Сумеречное состояние	121
Синдромы двигательных нарушений	121
Ступорозные состояния	121
Состояния двигательного возбуждения	123
Синдромы эмоциональных нарушений	124
Маниакальный синдром	124
Депрессивный синдром	124
Тревожно-депрессивный синдром	124
Судорожные синдромы	125
Эпилептический и эпилептиформный припадок	125
Истерический припадок	125
Корсаковский (амнестический) синдром	126
Галлюцинаторно-параноидный синдром	126
Синдром слабоумия	126
Невротические синдромы	127
Неврастенический синдром	127
Ипохондрический синдром	127
Истерический синдром	128
Психические болезни	129
Классификация психических болезней	129
Психические нарушения при болезнях внутренних органов, острых инфекционных заболеваниях и интоксикациях	130
Психические нарушения при болезнях внутренних органов и инфекционных заболеваниях	130
Психические нарушения при острых или хронических интоксикациях	133
Психические нарушения при отравлении алкоголем	133
Морфинизм	140
Психические нарушения при отравлении промышленными ядами	142
Психозы на почве сифилиса нервной системы	143
Сифилис мозга	146
Прогрессивный паралич	146
Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга и гипертонической болезни	152
Атеросклероз сосудов головного мозга	152
Гипертоническая болезнь	155
Психозы в связи с возрастными изменениями организма (инволюционные психозы)	156

Пресенильные (предстарческие) психозы	156
Сенильные (старческие) психозы	158
Эпилепсия	160
Шизофрения	170
Маниакально-депрессивный психоз	185
Неврозы	192
Неврастения	193
Истерия	194
Психастения	198
Невроз навязчивых состояний	199
Реактивные психозы	200
Реактивный ступор	200
Реактивная депрессия	201
Реактивный паранойд	201
Натрогении	202
Некоторые принципы психотерапии	202
Олигофрения	203
Психопатии	207
Основные вопросы организации психоневрологической помощи в СССР	210
Психогигиена и психопрофилактика	216
Особенности ухода за психически больными	217
Словарь терминов, наиболее употребляемых в невропатологии и психиатрии	229

170
187
192
193
194
198
199
206
200
201
202
203
207

210
216
217

229

МОРОЗОВ ГЕОРГИЙ ВАСИЛЬЕВИЧ.
РОМАСЕНКО ВЛАДИМИР АЛЕКСАНДРОВИЧ

Нервные и психические болезни

Редактор Э. А. Костандов
Техн. редактор Н. И. Людковская
Корректор В. Н. Самсонова
Художественный редактор И. М. Иванова
Переплет художника В. С. Сергеевой

Сдано в набор 7/V 1965 г. Подписано к
печати 26/VI 1965 г. Формат бумаги
60 × 90^{1/16} 15,0 печ. л. + 0,13 печ. л. вкл.
(условных 15,13 л.) 14,25 уч.-изд. л. Тираж
75 000 экз. Т-07466 МУ-47

Издательство «Медицина».
Москва, Петроверигский пер., 6/8
Заказ 215. 11-я типография Главполиграф-
прома Государственного комитета Совета
Министров СССР по печати,
Москва, Нагатинское шоссе, д. 1
Цена 44 коп.

44 407.

МЕДИЦИНА · 1966

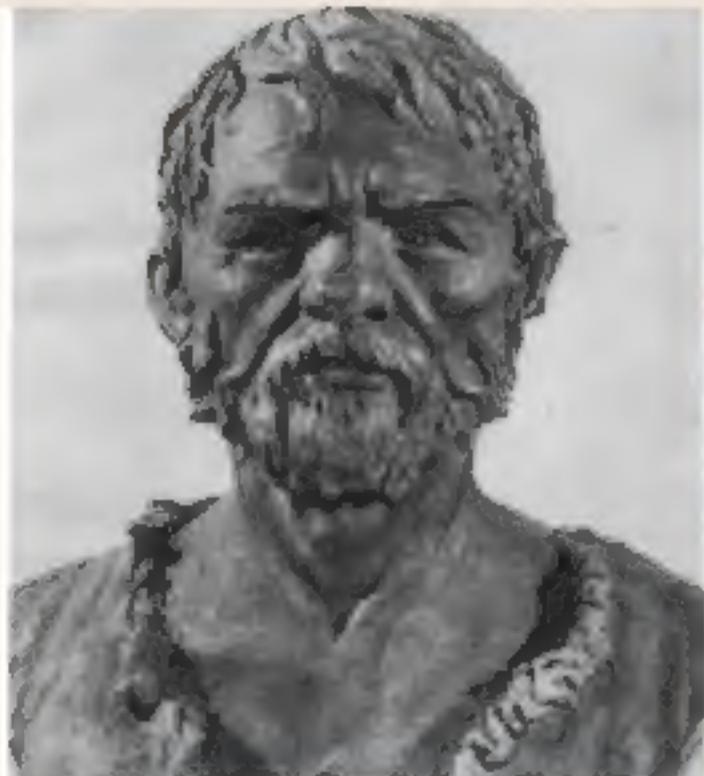
Т. В. МОРОЗОВ
БАЛПОМАОТХИКО

Портреты Пещерных говорящих приматов из книги «люди Каменного века», автор М.М. Герасимов. 1964 г.

они действительно вымерли?



Портрет IV (1964 г.)



Портрет VII (1964 г.)



Портрет VIII (1964 г.)



Портрет IX (1964 г.)



Портрет X (1964 г.)



Портрет XI (1964 г.)



Портрет XII (1964 г.)



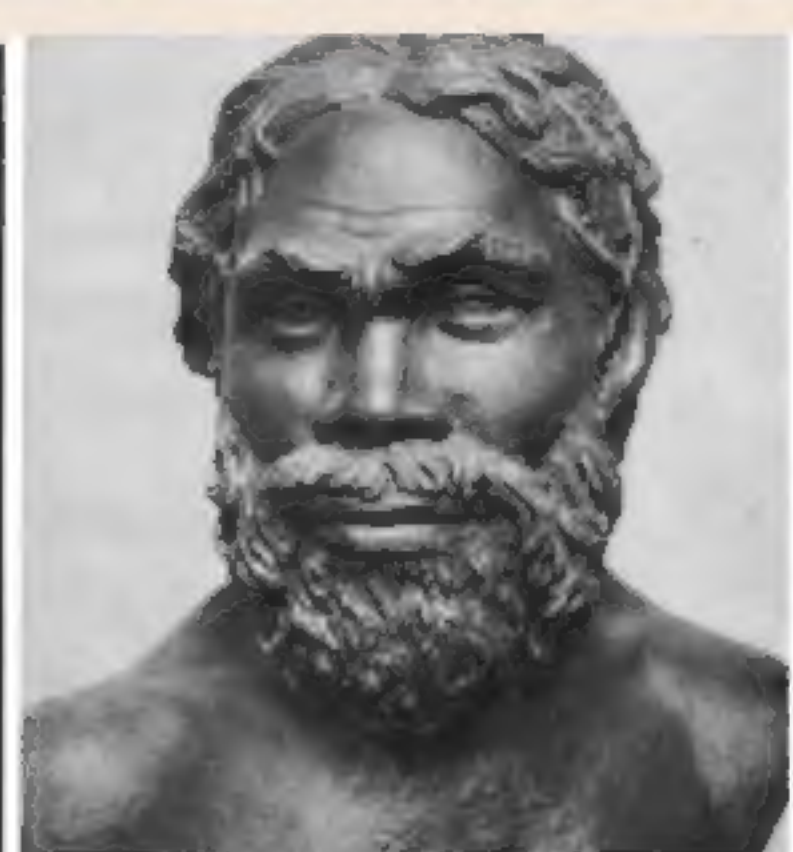
Портрет XIII (1964 г.)



Портрет XIV (1964 г.)



Портрет XV (1964 г.)



Портрет XVI (1964 г.)

АНТРОПОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.



ЖЕНЩИНЫ-УБИЙЦЫ.

DEATH

П. Н. Тарновской

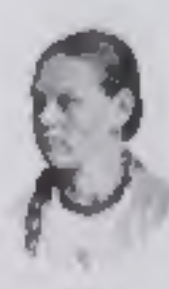
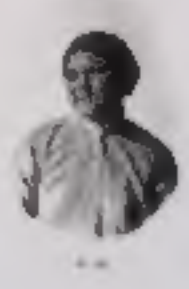
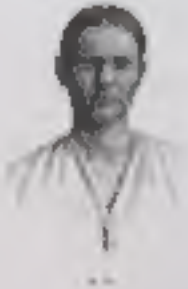
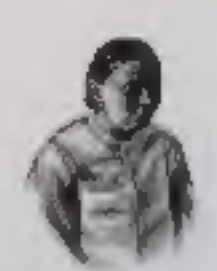
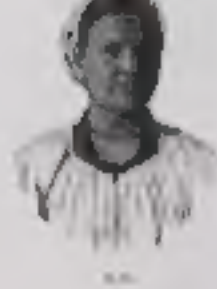
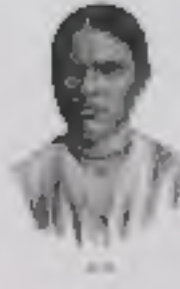
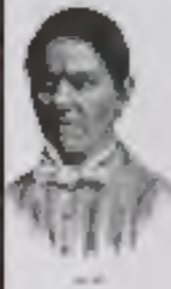
Ст. 163. рисункови

В астрономических таблицах



С. П. ГЕРБЮРГ.

Т-во Художественный Бичаи, Аляскинский пр. 3
1952



¹Безусловно, что инициативой краев при этом являлись общественные деятели: выпускники, учителя, инженеры по образованию, а также влиятельные представители второй эмиграции, содействовавшие извне.



ЭПИЗ Переходы от функциональной информации к выделению признаков и от них, наоборот, к функциональной информации (или наоборот) депонированы различными частями мозга.

Мы поначалу думали, что как государство должно, что для наших соотечественников, и мы начали активно предоставлять им все, что было возможно. Однако наши усилия были напрасны.

На первом этапе закладываются основные направления, которые будут реализованы, определяются приоритетные задачи, устанавливаются сроки, определяются ответственные за реализацию программы.

[illegible]

PIC•COLLAGE

Современная гуманитарная академия

Н.С. Лобас

бывший врач сахалинских каторжных тюрем

УБИЙЦЫ

(Некоторые черты психофизики преступников)

Со снимками преступников

Москва 2008

PICTOCOLLAGE

УБИЙЦЫ-ГРАБИТЕЛИ



УБИЙЦЫ-ГРАБИТЕЛИ



УБИЙЦЫ-ГРАБИТЕЛИ



УБИЙЦЫ-ГРАБИТЕЛИ



УБИЙЦЫ-ГРАБИТЕЛИ

